GUGUS OPINI KESEHATAN MASYARAKAT

Rachmad A. Pua Geno
Oryz Setiawan
Agung Dwi Laksono

GUGUS OPINI KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis:
Rachmad A. Pua Geno
Oryz Setiawan
Agung Dwi Laksono

Editor:
Agung Dwi Laksono

Kerjasama antara:

Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI)
The Indonesian Public Health Union
Sekretariat:
Bagian PKIP FKM Universitas Diponegoro Semarang,
Jl. Prof. Soedarto, SH Tembalang Semarang Jawa Tengah. Tel./Fax. : 024-7460044/08122833901
Email : sekretariat.persakmi@gmail.com
Website: www.persakmi.or.id

dengan

Health Advocacy
Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat
Jl. Bibis Karah I/41 Surabaya 60232
Email: healthadvocacy@information4u.com

Cetakan Pertama – Maret 2014
Penata Letak – ADdesign
Desain Sampul – ADdesign
ISBN: 978-602-17626-4-6

PENGANTAR

Ketua

Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat

Buku Gugus Opini Kesehatan Masyarakat Indonesia ini merupakan kumpulan karya anak bangsa yang bergelut dalam bidang kesehatan masyarakat. Kumpulan karya-karya ini semoga dapat dibaca dan ditelaah secara kritis oleh para pemerhati dan peminat bidang kesehatan masyarakat.

Selaku ketua umum Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia, saya sangat bangga membaca buku yang berasal dari kumpulan karya tiga orang SKM ini.

Akhirnya dengan memanjatkan Puji Syukur ke hadirat Allah SWT, buku ini diharapkan menjadi bahan kajian dalam memberi masukan pembangunan kesehatan masyarakat di Indonesia.

Selamat kepada para penulis.

Salam Sehat

Semarang, 5 April 2014
Ketua Umum PERSAKMI 2013-2017

Hanifa Maher Denny, SKM, MPH, Ph.D.

PENGANTAR PENULIS

Semangat pagi!

Alhamdulillah, akhirnya buku "Gugus Opini Kesehatan Masyarakat" ini dapat juga terselesaikan dan sampai ke tangan pembaca. Diperlukan banyak kesungguhan, ketelatenan dan kesabaran di sela-sela kesibukan untuk menyatukan kembali banyak tulisan opini tiga penulis ini yang bertebaran di berbagai media massa nasional dan media lainnya.

Buku yang disusun sebagai bunga rampai gugus opini ini mencoba menyampaikan alternatif pemikiran dan *urun rembug* terhadap fenomena dan permasalahan yang terjadi dalam ranah kesehatan di republik ini. Uraian yang terkadang tidak melulu dalam sudut pandang kesehatan, tetapi lebih kepada pendekatan yang lebih utuh, lebih komprehensif, sistemik.

Kebijakan pembangunan kesehatan seringkali berorientasi pada ranah praktis kuratif yang pada akhirnya seringkali pula melupakan upaya preventif-promotif. Opini yang dilempar penulis sungguh berupaya untuk mengembalikan arah pembangunan kesehatan ke arah yang benar, dan menjaganya agar selalu *on the right track*. Upaya yang dilakukan dengan selalu memprovokasi opini pada level publik.

Bila terkesan ada pengulangan pesan, hal tersebut mau tidak mau, tidak bisa dihindari, karena sebagai konsistensi sebuah upaya advokasi untuk perubahan. Pengulangan sebuah pesan *(message repeat)* adalah bagian dari strategi untuk menciptakan *opini public* yang kontinyu dengan menggunakan momen/peristiwa yang berbeda. Apalagi perubahan yang diinginkan, dipandang belum terwujud secara optimal.

Pada akhirnya kami menaruh harapan besar bahwa gugus opini ini mampu memberikan penyegaran pemahaman bagi semua pelaku pembangunan kesehatan di Indonesia, terlebih lagi para pengambil kebijakan, baik di tingkat pusat maupun di tingkat kabupaten/kota serta propinsi. Pemahaman bahwa khittah pembangunan kesehatan harus lebih menitikberatkan pada upaya preventif-promotif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Banyak terima kasih kami sampaikan pada pihak-pihak yang turut andil mewujudkan buku ini hingga bisa tersaji sedemikian rupa di ranah publik. Pada rekan-rekan seperjuangan di gerakan *public health*, terutama pada media massa yang telah memberi kesempatan penulis untuk mengaktualisasikan dirinya lewat artikel berupa opini untuk turut mewarnai diskursus bidang kesehatan di republik ini. Terima kasih juga kami ucapkan pada Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat (PERSAKMI) sebagai organisasi

wadah perjuangan para penulis bernaung. Terlebih pada republik ini yang menjadikan kami sebagai ponggawa-ponggawa yang bangga dengan negerinya.

Salam.

Surabaya, Maret 2014

Rachmad A. Pua Geno
Oryz Setiawan
Agung Dwi Laksono

DAFTAR ISI

Paradigma Sehat

Reorientasi Paradigma Pembangunan Kesehatan[1]

Rachmad A. Pua Geno

Pada kesempatan peringatan Hari Kesehatan Nasional kali ini, ada baiknya kita menelaah kembali persoalan paradigma pembangunan kesehatan yang selama ini dijalankan oleh pemerintah dalam membangun kesehatan penduduknya. Mengapa hal itu menjadi penting dibicarakan ? Tulisan ini akan mengurai tentang hal tersebut.

---

[1] Dimuat dalam Harian Surabaya Post Edisi 5 November 2001 dengan judul yang sama.

Pentingnya sebuah paradigma (Dalam makna yang lebih populer dapat diartikan menjadi “visi kita terhadap realitas”) dalam proses pembangunan kesehatan, dikemukakan oleh AL Slamet Riyadi (1984) dalam bukunya “Sistem Kesehatan Nasional; Dalam Tinjauan Ilmu Kesehatan Masyarakat“ menyebutkan *‘sebuah sistem dalam proses pembangunan, tidak akan berjalan mulus apabila tidak ada pendekatan filosofis atau paradigma yang memayunginya’*. Sementara Thomas Kuhn dalam bukunya *“The Structure of Scientific Revolutions*”, menyatakan bahwa hampir pada setiap terobosan baru perlu didahului dengan perubahan paradigma untuk memecahkan atau merubah kebiasaan dan cara berpikir lama. Dengan kata lain ‘suatu sistem tanpa paradigma ibaratnya, setumpuk kertas tanpa makna’.

Menkes saat itu (FA Moeloek), saat rapat kerja dengan komisi VI DPR RI, Selasa tanggal 15 September 1998, Depkes RI memperkenalkan paradigma baru dalam pembangunan kesehatan yaitu Paradigma Sehat (Kompas,16/9/98). Sebelumnya, pemerintah memakai paradigma sakit. Paradigma sakit adalah cara pandang dalam upaya kesehatan yang mengutamakan upaya kuratif dan rehabilitatif. Penanganan kesehatan penduduk menekankan pada penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit, penanganan penduduk yang sakit secara individu dan spesialistis. Hal ini menjadikan kesehatan sebagai suatu yang konsumtif. Sehingga menempatkan sektor kesehatan dalam

arus pinggir *(sidestream)* pembangunan (Does Sampoerna, 1998).

Munculnya Paradigma Sehat, menunjukan upaya pemerintah melakukan reorientasi pembangunan kesehatan. Penanganan kesehatan penduduk dititikberatkan pada pembinaan kesehatan bangsa *(shaping the health nations)* dan bukan sekedar penyembuhan penyakit, namun termasuk pencegahan penyakit, perlindungan keselamatan, dan promosi kesehatan. Hal itu menyadarkan kepada kita bahwa membina kesehatan bangsa atau menciptakan bangsa yang sehat, cerdas, trampil, tidak bisa dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan *an sich*.

Namun hingga saat ini, perubahan paradigma (*paradigm shift*) masih sangat kecil (bila tidak ingin disebut tidak ada), salah satu penyebabnya karena masih kuatnya dominasi kelompok *status quo*, yang sulit melakukan perubahan dalam pembangunan kesehatan.

Seiring dengan waktu, diskursus *(discourse)* tentang arah paradigma pembangunan kesehatan bergulir dengan cepat. Paradigma sehat yang dianut pemerintah, dipandang sebagai suatu yang terlambat alias ‘usang’, karena adagium “Pencegahan lebih baik daripada mengobati” sudah lama kita dengar semenjak jaman nenek moyang kita. Toh, baru pada tanggal 16 September 1998, adagium ‘tradisional’ itu diterima sebagai suatu kebijakan resmi pemerintah.

Kritik terhadap paradigma sehat adalah paradigma sehat terkesan memisahkan aspek kuratif dan preventif, padahal dalam upaya kesehatan yang diperlukan adalah keterpaduan dan keseimbangan diantara semua aspek, bukannya saling mendominasi dan meniadakan. Mengobati penderita TBC sama pentingnya dengan dengna penyuluhan pencegahan TBC, karena penderita TBC adalah resiko bagi yang sehat.

Dewasa ini muncul pemikiran paradigma baru di dalam pembangunan kesehatan. Pemikiran baru itu dilandasi argumentasi bahwa pembangunan kesehatan haruslah sesuai dengan realitas politik dalam kehidupan bernegara kita. Dimana semenjak bola reformasi digulirkan, terdapat dua isu sentral yaitu ‘Demokratisasi dan Penegakan HAM’, yang harus direspon oleh kalangan kesehatan.

Kedua isu sentral itu, menimbulkan pemikiran baru dalam pembangunan kesehatan bahwa kesehatan harus dilihat dari 2 aspek tersebut. Bila dikaitkan, maka paradigma pembangunan kesehatan yang lebih tepat dan mendasar adalah “Kesehatan adalah bagian dari HAM” dan “Kesehatan adalah sebuah Investasi”.

Kesehatan adalah Bagian dari HAM

Kesehatan adalah bagian dari HAM merupakan cerminan proses penegakan HAM. Konstitusi WHO 1948 telah menyebutkan ‘Memperoleh derajat kesehatan yang

optimal adalah hak yang fundamental bagi setiap manusia, tanpa membedakan ras, agama, keyakinan politik, status sosial, dan ekonomi’. Bahkan dalam UUD 45 pasal 28H ayat 1 secara eksplisit menyatakan bahwa kesehatan adalah hak setiap warga negara. Untuk itu persoalan yang menyangkut kesehatan penduduk harus dibumikan dalam bentuk kebujakan dan program yang mendukung paradigma ini.

Selama ini, Indonesia gagal dalam memenuhi hak atas kesehatan penduduknya. Bisa dilihat dari indikator kesehatan Angka Kematian Ibu (AKI) sebesar 390 per 100.000 kelahiran dan Angka Kematian Bayi (AKB) sebesar 41 per 1000 kelahiran, merupakan angka terburuk di ASEAN. Nilai *Human Development Index (HDI)*, yang merupakan komposit dari sisi ekonomi, kesehatan dan pendidikan menduduki urutan 109 dari 170 negara, menunjukkan kualitas SDM negara kita masih payah.

Masih banyaknya penyakit infeksi dan menular, menyebabkan beban ganda (*double burden*) yang ditanggung semakin berat, karena penyakit degeneratif dan *life style* tergolong tinggi. Fakta lain ditunjukkan oleh Revrisond Baswir dkk (1999), dalam bukunya “Pembangunan Tanpa Perasaan” menyebutkan pelayanan kesehatan kita belum menjangkau seluruh lapisan masyarakat alias tidak merata, diperparah lagi subsidi sektor kesehatan malah dinikmati kalangan ‘berpunya’.

Ironisnya, masyarakat, media massa, politikus bahkan insan kesehatan masih memandang hak kesehatan

hanya sebatas pada hak untuk memperoleh pelayanan kuratif di rumah sakita dan puskesmas. Padahal, hak untuk menikmati hidup sehat jauh lebih luas daripada sekedar hak akan pelayanan kuratif. Salah satunya jaminan dari negara bahwa segala akses informasi tentang kesehatan dan ketersediaannya harus tersedia bagi segala lapisan masyarakat.

Kesehatan sebagai Sebuah Investasi

Kesehatan sebagai sebuah investasi merupakan cerminan dari pentingnya SDM yang produktif. Dibeberapa negara maju yang menggunakan konsep sehat produktif, sehat adalah sarana atau alat untuk hidup sehari-hari secara produktif. Upaya kesehatan harus diarahkan untuk dapat membawa setiap penduduk memiliki kesehatan yang cukup agar bisa hidup produktif.

Selama ini, pemerintah masih memandang sektor kesehatan sebagai sektor konsumtif, kesehatan tidak dilihat sebagai investasi, tetapi hanya dilihat sebagai sektor kesejahteraan yang dinilai menjadi beban biaya. Bukti nyatanya adalah alokasi belanja kesehatan pemerintah yang sangat rendah, hanya sekitar 2-3% dari total belanja negara. Namun ironisnya, pelayanan kesehatan malah menjadi sumber pendapatan pembangunan.

Disini membuktikan pemerintah menerapkan standar ganda dalam bidang kesehatan. Disatu sisi, belanja

kesehatan dianggap beban dan tidak diprioritaskan. Disisi lain, pelayanan kesehatan dijadikan sumber pendapatan. Artinya pembangunan negara ini disokong dari uang rakyat yang sakit. Sehingga masuk akal bila ada orang usil mengatakan "Bila pemerintah ingin mendapat sumber pendapatan yang besar, sebar saja kuman atau virus kepada masyarakat, agar masyarakat menjadi sakit dan kemudian mereka berobat ke rumah sakit pemerintah"

Padahal dengan rendahnya alokasi belanja kesehatan akan menghasilkan indikator kesehatan yang rendah. Jika dibandingkan dengan negara ASEAN, Indonesia terendah dalam belanja kesehatan. Dalam laporan WHO tahun 1999, Indonesia hanya mengeluarkan 1,8% dari produk domestik brutonya (PDB) untuk belanja kesehatan. Sementara negara ASEAN lain yang memiliki PDB per kapita lebih tinggi mengeluarkan porsi lebih besar untuk kesehatan. Maka tidak mengherankan bila indikator kesehatan Indonesia, terendah diantara negara ASEAN, karena kita menanam modal lebih kecil, maka kita mendapat hasil yang sedikit.

Menurut Thabrany (1999), terdapat korelasi negatif antara status kesehatan dengan pendapatan per kapita di kemudian hari, jika faktor lain konstan. Negara-negara yang di awal tahun 70-an memiliki AKB tinggi, tidak memiliki pendapatan perkapita tinggi ditahun 1991 dan sebaliknya. Artinya, teori tentang tingkat kesehatan yang tinggi akan meningkatkan produktifitas mempunyai bukti yang kuat .

Kondisi diatas menunjukkan, kesehatan sebagai salah satu unsur utama SDM dan sebagai modal tahan lama *(durable capital)* sama sekali belum dinilai penting oleh para pembuat keputusan. Padahal adagium di lingkungan Internasional yang menyebutkan *“Health is not everything, but without health, everything is nothing”* merupakan cerminan dari urgensitas kesehatan dalam suatu pengembangan masyarakat dan pembangunan secara nasional.

Pada masa otonomi daerah ini, dimana salah satu bidang yang dilimpahkan pada daerah adalah bidang kesehatan. Maka selayaknya pemerintah daerah dan DPRD benar-benar memahami paradigma baru pembangunan kesehatan ini. Bila mereka memahami paradigma baru pembangunan kesehatan tersebut, mau tidak mau mereka akan menempatkan kesehatan sebagai salah satu modal dasar bagi pengembangan kualitas SDM. Dan menempatkan bidang kesehatan sebagai pilar pembangunan daerah. Bila tidak, pemerintah akan dituduh melakukan pelanggaran HAM dan *state neglect* (penelantaran negara) terhadap warganya

Sistem Kesehatan Nasional Masihkah on the Right Track?[1]

Oryz Setiawan

"APBD untuk Rakyat", demikian jargon atau *tagline* dari duet pasangan Soekarwo dan Saifullah Yusuf (KarSa) pada waktu kampanye lalu. Kini KarSa telah melewati ke-3 pemerintahannya. Ada beberapa program unggulan khususnya di bidang kesehatan yang dicanangkan oleh KarSa antara lain Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), Pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes), Puskesmas Rawat Inap

[1] Dimuat dalam Harian Bhirawa Edisi 14 Februari 2012 dengan judul yang sama

Standar, Puskesmas Rawat Inap Plus dan Puskesmas Pembantu Gawat Darurat (Pustu Gadar). Kesemuanya bertujuan untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan pada semua masyarakat tanpa kecuali terutama kelompok masyarakat miskin dalam rangka pencapaian *Millineum Development Goals* (MDGs) pada tahun 2015.

Memang niat baik tersebut merupakan bentuk komitmen KarSa dalam mengangkat martabat dan derajat kesehatan masyarakat Jawa Timur sehingga patut diapresiasi. Namun demikian perlu dipahami bahwa setiap program yang disusun tentu memiliki latar belakang dan makna filosofis bagaimana program tersebut dirancang serta dimanifestasikan di lapangan. Penulis berusaha mengkritisi beberapa program yang 'diunggulkan' tersebut dengan harapan mampu memberikan wacana berpikir tentu berujung pada berkepihakan kepada masyarakat luas.

Kondisi Jawa Timur

Sebagai gambaran bahwa dari 440 Kab/Kota di Indonesia, Kota Madiun memiliki indeks tertinggi di tingkat Jawa Timur dengan menempati rangking 10 dengan indeks 0,678957, terendah diraih Kabupaten Sampang rangking 426 dengan indeks 0.327692 hasil. Dengan gambaran tersebut kita dapat mengukur bagaimana kualitas kesehatan masyarakat di Jawa Timur.

Dalam Program Jaminan Kesehatan Daerah yang penganggarannya merupakan *sharing* antara Pemprov dan Kab/Kota di Jawa Timur harus diakui adalah program yang pro rakyat sekaligus memberikan 'kepastian' pembiayaan kesehatan yang ditanggung pemerintah daerah. Sesungguhnya upaya menggratiskan layanan kesehatan lebih kental bernuansa populis di mata masyarakat namun ketika melihat betapa terjadi pembengkakan biaya kesehatan setiap tahun yang tentu membebani anggaran secara umum.

Fenomena tersebut adalah sebuah kepastian ketika masyarakat yang bergelut dengan kesakitan. Jika kita mau fair, jika masyarakat yang benar-benar tidak mampu harus dibebaskan dari segala biaya (tentu dengan persyaratan) disisi lain jika masyarakat yang terlanjur memiliki kartu Jamkesmas/Jamkesda yang telah berubah menjadi tidak miskin tentu kartu harus ditarik, ironisnya hampir tidak ada laporan dimana kartu tersebut yang harus dicabut kembali untuk diberikan pada yang berhak.

Di sisi lain, penggratisan biaya pelayanan tentu berimplikasi pada melonjaknya kunjungan ke sarana kesehatan sehingga harus dipikirkan kemampuan sumber daya (tenaga, sarana dan infrastruktur serta anggaran) pemberi layanan yang seringkali dituntut untuk memberikan layanan yang terbaik. Oleh karena itu jika masyarakat kita , mengapa tidak ada opsi untuk memberikan layanan kesehatan pada masyarakat sehat yang notabene tidak

terlalu banyak memerlukan biaya tinggi namun sesungguhnya lebih mendidik dan masyarakat tidak selalui bergantung pada layanan kesehatan. Padahal masyarakat yang sehat dan produktif tidak selalu bergantung pada layanan kesehatan bahkan mereka secara mandiri untuk hidup sehat, dalam konteks inilah sebuah paradigma sehat amat sangat perlu ditumbuhkembangkan.

Sebenarnya ujung tombak adalah upaya penyadaran dan pemahaman masyarakat atas substansi kesehatan dalam mengantisipasi dini dan kewaspadaan terhadap berbagai macam resiko bencana yang timbul termasuk krisis kesehatan. Selain itu, adanya indikasi bahwa institusi layanan kesehatan cenderung bergeser menjadi mesin uang untuk menghasilkan profit dibandingkan dengan mengutamakan sisi sosial kemanusiaan.

Puskesmas Rawat Inap

Program pengembangan puskesmas yang didesain mirip rumah sakit mini kian menampilkan wajah puskesmas menjadi rumah sakit- rumah sakit kecil adalah bentuk upaya hospitalisasi yang berpihak pada aspek kesakitan, pengobatan dan sisi hilir rantai rujukan penderita. Dengan kata lain upaya meningkatkan status puskesmas menjadi puskesmas perawatan merupakan salah satu upaya untuk memperluas akses pelayanan masyarakat terutama layanan perawatan dan pengobatan. Selain itu puskesmas perawatan juga didesain untuk dijadikan satelit-satelit rumah sakit atau

miniatur rumah sakit dengan menempatkan konsultansi dokter spesialis meski dalam jumlah dan waktu terbatas.

Kebijakan tersebut diambil oleh karena dilatarbelakangi oleh kian meningkatkan kunjungan masyarakat untuk berobat ke puskesmas dan rumah sakit (rujukan) yang kewalahan menerima rujukan dari puskesmas (*overload*) sehingga dikawatirkan akan berpengaruh terhadap beban petugas kesehatan dan 'nasib' pasien yang pada gilirannya akan berdampak kualitas pelayanan. Indikator keberhasilan adalah bila tingkat kunjungan kesakitan dan pengobatan kian menurun sementara kunjungan konsultasi sebagai upaya mempertahankan untuk tetap sehat meningkat. Di sisi lain pelayanan di luar gedung atau ke masyarakat lebih seringkali dilakukan merupakan manifestasi dari fungsi utama puskesmas.

Paradigma Sehat

Salah satu problem mendasar yang hingga kini belum diatasi adalah belum membuminya substansi paradigma sehat sebagai roh kehidupan di ranah kesehatan (*rule of life*) yang dimanifestasikan dalam bentuk kebijakan-kebijakan strategis dan esensial dalam bingkai sistem kesehatan nasional. *Mainstream* pembangunan kesehatan sebenarnya bermula dari sebuah perspektif kebijakan yang pada akhirnya ditindaklanjuti dengan perspektif masyarakat di level paling bawah. Sebagai contoh sederhana adalah

bagaimana memahami institusi puskesmas yang kini seringkali sebagai tempat layanan pengobatan semata. Padahal sesungguhnya fungsi puskesmas lebih dari 80 persen diarahkan pada pendekatan promotif dan preventif sehingga konsekuensi kegiatan dan program difokuskan pada upaya pelayanan kesehatan yang berbasis pemberdayaan masyarakat, bukan sekedar *on medical/on clinical based* semata. Selain itu bagaimana membumikan perilaku dan kebiasaan yang mudah dan sederhana namun memiliki konstribusi yang signifikan terhadap terwujudkan masyarakat sehat seperti cuci tangan, olahraga, menghindari merokok dan lain-lain.

Paradigma sehat telah dicetuskan lebih dari 10 tahun lalu masih sebatas jargon yang hanya berlaku pada tataran konsep. Salah satu penyebabnya adalah sistem kesehatan nasional yang berlaku di negeri ini didesain oleh kelompok sumber daya kesehatan yang memiliki aliran (genre) seputar upaya kuratif dan rehabilitatif yang bergerak dalam pusaran wilayah pengobatan dan mengandalkan ikon-ikon modernitas layanan kesehatan.

Sentra-sentra layanan kesehatan terus menjadi andalan, tingginya ketergantungan masyarakat terhadap obat-obatan dan tenaga medis (medical oriented) serta maraknya hospitalisasi menjadi justifikasi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Padahal kian modern suatu layanan kesehatan termasuk kemanjuran obat dan kehandalan bidang medis justru menunjukan bahwa

wujud ketergantungan masyarakat terhadap layanan kesehatan kian meningkat. Jika ini terjadi, maka tak berlebihan bahwa sistem kesehatan kita telah menjadikan 'sakit' menjadi produk komoditas. Secara *de facto* porsi masyarakat yang berkatagori sehat lebih dominan daripada yang sakit, atau lalu mengapa arah kebijakan lebih cenderung pro sakit yang merupakan manifestasi dari ciri-ciri paradigma sakit.

Salah satu fenomena sakit adalah memiliki sifat histeria massa, sensitivitas publik, lebih menyentuh sisi kemanusiaan serta cenderung berpihak pada kepentingan salah satu profesi di lingkungan kesehatan yang telah mengubah wajah sistem kesehatan kita kearah layanan berbasis medistis. Bukankah dalam dunia kesehatan prinsip mencegah selalu lebih baik dari mengobati, artinya dari perseptif apapun dan bagaimanapun juga tindakan pencegahan akan memiliki keuntungan yang jauh lebih tinggi sekaligus memerlukan biaya relatif rendah daripada upaya tindakan pengobatan. Selain itu pelayanan pengobatan memerlukan biaya ekonomi, pengorbanan sosial, waktu dan lebih berorientasi personal.

Saat ini perlu dikembangkan indikator kesehatan positif artinya mampu mewujudkan status kesehatan, produktivitas tinggi dan mampu mendorong masyarakat untuk lebih mandiri dalam jangka panjang yang mengacu pada ukuran indeks kualitas hidup (*Index Quality Life*).

Kesehatan sebagai Inventaris Strategis[1]

Rachmad A. Pua Geno

Pemkot Surabaya bersama dengan DPRD tengah sibuk membahas RAPBD Surabaya tahun 2004. Tentunya banyak pihak yang berharap agar RAPBD Surabaya dapat mencerminkan kebutuhan warga kita Surabaya, termasuk alokasi anggaran di bidang kesehatan.

[1] Dimuat dalam Harian Radar Surabaya Edisi 30 Desember 2003 dengan judul yang sama.

Tulisan ini akan sedikit mengulas bagaimana relevansi besarnya alokasi anggaran untuk kesehatan bagi kepentingan warga kota Surabaya, dengan menghitung *potential loss* akibat masalah kesehatan yang timbul pada masyarakat. Harapannya dengan mengetahui perhitungan *potential loss* tersebut, para pengambil kebijakan tidak mengabaikan sektor kesehatan sekaligus masukan untuk mengalokasikan dana bagi sektor kesehatan yang maksimal bagai kepentingan warganya.

Sebagaimana dinyatakan oleh Sinung D Kristanto, bahwa tumpuan investasi sosial sesungguhnya adalah kualitas kesehatan dan pendidikan masyarakat. Kedua kombinasi tersebut akan menghasilkan manusia dengan daya saing tinggi di pasar kerja. Bila kita mengabaikan salah satu bidang tersebut, niscaya, Indonesia semakin terpuruk di mata dunia.

Seperti sudah diketahui, pada saat pemerintahan Habibie, tepatnya tanggal 1 Maret 1999, pemerintah mencanangkan Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan (PBK) sebagai strategi pemerintah untuk mewujudkan visi Indonesia sehat 2010, yaitu suatu kondisi yang menginginkan perilaku masyarakat dan lingkungannya sehat (Kompas, 2/03/99). Namun sampai saat ini, implementasi gerakan PBK masih belum menunjukkan hasil yang berarti.

Bila kita kritisi, salah satu penyebab utama (*top reason*) adalah selama ini pemerintah belum secara total

merubah visi dan komitmennya terhadap kesehatan. Pemerintah masih setengah hati menempatkan kesehatan sebagai aspek yang penting dalam pembangunan bangsa, pemerintah masih memprioritaskan kepentingan pertumbuhan ekonomi *an sich*.

Ascobat Gani menganalisa bahwa kekurang-berhasilan (bila tidak mau disebut gagal) pemerintah melaksanakan kebijakan gerakan PBK, adalah karena sikap pemerintah yang belum menempatkan kesehatan sebagai sebuah investasi dan HAM (Kompas, 26/12/00).

Oleh karena itu, perhatian terhadap bidang kesehatan sangatlah penting. Bila kita mengabaikan sektor kesehatan, dampak buruk akan terjadi. Dari hasil penelitian yang pernah dilakukan Ascobat Gani dkk mengenai perhitungan kerugian secara ekonomi, bila kita mengabaikan kesehatan yang dilakukan di Kota Surabaya periode anggaran 1998-1999. Sedikitnya ada 4 kerugian ekonomi, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang yang secara nyata akan kita hadapi bila kita mengabaikan sektor kesehatan.

Pertama, Peningkatan biaya kesehatan rumah tangga (RT). Bila ada keluarga kita sakit tentu saja kita akan berupaya untuk mengobati agar segera sembuh. Dalam upaya mencari penyembuhan tersebut, tentu kita mengeluarkan biaya, seperti berobat ke rumah sakit, dokter praktek, berobat ke pengobat tradisional ataupun hanya sekedar beli obat di toko obat. Semuanya jelas

membutuhkan biaya dan besarnya biaya ditentukan derajat kesakitannya.

Berdasarkan analisa, di Kota Surabaya untuk tahun 1998. Rata-rata pengeluaran biaya kesehatan oleh RT warga Surabaya adalah Rp. 23.020,00/bulan (Susenas, 1998), sementara jumlah RT di Surabaya ada 539.382. Bila dihitung secara total, jumlah biaya kesehatan yang dikeluarkan RT di Surabaya selama 1 tahun adalah Rp. 148.998.959.000,00.

Sementara PAD Surabaya pada tahun 1998 sebesar Rp. 138,6 Milyar, bila kita bandingkan dengan pengeluaran biaya kesehatan RT warga Surabaya mencapai 107,5% dari PAD. Perbandingan yang mungkin tidak terbayang oleh sebagian besar masyarakat sebelumnya.

Kedua, Hilangnya waktu produktif penduduk karena sakit. Telah jamak diketahui, bila kita sakit maka kita mengalami disabilitas selama beberapa hari. Seperti tidak masuk kerja, absen sekolah, tidak dapat bermain atau bersosialisasi ataupun setidaknya melakukan tugas keseharian.

Selama tahun 1998, prevalensi penyakit yang dialami warga Surabaya mencapai 27% (Susenas, 1998). Ini berarti selama 1 bulan ada 651.300 penduduk yang sakit diantara 2.373.282 penduduk Surabaya. Dari data Susenas 1998 juga diketahui bahwa selama tahun 1998, jumlah hari tidak produktif karena sakit untuk Surabaya adalah 17.857.140 hari atau 48.924 tahun.

Dari jumlah tersebut, diperkirakan sekitar 33% dari penduduk yang mengalami *disabilitas* tersebut adalah penduduk produktif, bila satu hari produktif diberi nilai sepuluh ribu rupiah (setara dengan upah minimum) maka nilai nominal dari hilangnya waktu produktif karena sakit sebesar Rp. 58.928.560.626,00. Dan bila kita bandingkan dengan PAD Surabaya tahun 1998 mencapai 42,06% dari PAD.

Ketiga, Biaya kesehatan pemerintah meningkat. Kerugian lain yang bersifat jangka pendek adalah biaya yang dikeluarkan pemerintah untuk program kesehatan meningkat. Pada tahun 1998/1999, realisasi anggaran pemerintah untuk kesehatan (anggaran rutin dan pembangunan) sebesar Rp. 6.719.383.020,00.

Bila kita total kerugian jangka pendek bagi Pemkot Surabaya akibat mengabaikan sektor kesehatan atau bila tidak menginvestasikan dana yang cukup bagi sektor kesehatan, maka dalam hitungan nominal akan mengalami kerugian sebesar Rp. 214.646.902.664,00. Artinya, nilai itu jauh melampaui besaran dari total PAD yang diterima Pemkot Surabaya, yaitu sekitar 154% PAD.

Apabila kita bandingkan jumlah nilai kerugian jangka pendek (1) dan (2) dengan alokasi anggaran sektor kesehatan, yaitu Rp. 356.926.478.626,00 dibagi dengan Rp. 6.719.383.020,00, akan didapatkan perbandingan yang 'fantastis', yakni 5.311,8 % dari alokasi pemkot Surabaya sektor kesehatan untuk tahun anggaran 1998.

Sementara bila kita lihat perbandingan alokasi pemkot Surabaya untuk sektor kesehatan dibandingkan dengan jumlah penduduk, yaitu Rp. 6.719.383.020,00 dibagi dengan 2.373.282 jiwa, dihasilkan Rp. 2.831,00 untuk setiap penduduk. Angka ini bila kita analogkan, sama saja dengan harga setengah bungkus rokok isi 12 batang. Ekstrimnya, Pemkot ingin menyehatkan warganya dengan modal setengah bungkus rokok.

Dengan melihat kenyataan di atas, maka tidak mengherankan bila indikator kesehatan Indonesia, khususnya di Surabaya belum mampu mendongkrak derajat kesehatan warganya. Karena kita menanam modal lebih kecil, maka kita mendapat hasil yang sedikit.

Keempat, Mutu Sumber Daya Manusia (SDM) menurun. Kerugian lain bila kita mengabaikan kesehatan adalah menurunnya kualitas SDM, yang notabene sebagai tulang punggung suatu bangsa. Memang hal ini bersifat jangka panjang, namun dapat dibuktikan. Baru-baru ini, Depkes RI menyatakan bahwa sekitar 78 juta penduduk Indonesia menderita kurang yodium. Disebutkan pada tahun 1999, tercatat prevalensi GAKY pada anak sekolah di berbagai tingkat untuk angka gondok sekitar 9,8%. Dan yang memprihatinkan, diperkirakan Indonesia telah kehilangan kecerdasan intelektual antara 130 juta–140 juta, yang berarti terjadi penurunan kualitas SDM secara besar-besaran.

Apa yang dapat kita ambil pelajaran dari kondisi ini? Angka-angka kerugian ekonomi tersebut menunjukkan masalah kesehatan bukan lagi masalah pengobatan dan urusan Depkes *an sich*. Namun membuktikan bahwa masalah kesehatan haruslah menjadi tanggung jawab semua komponen di negeri ini dan perlu mendapat proporsi yang layak dalam pembangunan nasional.

Kondisi diatas juga membuktikan kesehatan sebagai salah satu unsur utama SDM dan sebagai modal tahan lama *(durable capital)*. Karena itu, Kesehatan mestinya menjadi pilar utama pembangunan nasional dan daerah, dan menjadi arus utama (*main stream*) dalam pembangunan.

Adagium yang menyebutkan *"Health is not everything, but without health, everything is nothing"* merupakan cerminan dari urgensitas kesehatan dalam suatu pengembangan masyarakat dan pembangunan secara nasional, karena jelas betapa besar *return on investment*-nya. Oleh sebab itu, kewajiban semua pihak untuk melakukan investasi, baik pemerintah, masyarakat, ataupun individu.

Surabaya dan Potret Ambiguitas Kesehatan Publik[1]

Oryz Setiawan

Kota Surabaya merupakan salah satu potret kota dengan tingkat modernitas layanan medis unggul dengan mengedepankan aspek kemajuan teknologi kesehatan. Sebagai kiblat dan rujukan pengembangan ilmu dan pengetahuan teknologi kedokteran, Surabaya menjadi ikon show of medical.

---

[1] Dimuat dalam Harian Radar Surabaya Edisi 11 Mei 2011 dengan judul yang sama.

Show of medical ini terutama dikaitkan dengan keberhasilan sentuhan medis seperti operasi bayi kembar siam, kelainan bayi bawaan, pusat rekonstruksi bedah plastik, sentra bedah terpadu, dan lain-lain. Namun, di balik kemajuan yang signifikan tampaknya terdapat beberapa aspek kesehatan masyarakat yang justru masih terjerembab dalam lingkaran risiko kesakitan yang tinggi. Di beberapa wilayah marginal dan perifer perkotaan angka gizi buruk masih tinggi, penyakit tuberculosis, dan masalah lingkungan yang rentan penularan penyakit. Belum termasuk potensi kerugian sosial dan problem lingkungan yang kian terdegradasi seperti polusi udara, banjir, atau paparan produk pangan instan.

Fenomena tersebut adalah realitas yang paradoksal terhadap kecanggihan dan modernitas layanan kesehatan itu sendiri. Di sisi lain, semakin maju dan canggihnya pelayanan kesehatan tidak serta-merta menjamin peningkatan kualitas kesehatan masyarakat, meski layanan kesehatan merupakan salah satu komponen dalam menentukan status kesehatan seseorang dan masyarakat (Blum, 1979). Oleh karena itu, kesehatan menjadi sebuah barang mahal ketika dihubungkan dengan kondisi tersebut. Karakteristik sehat adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009). Entitas kesehatan yang sering kali terlupakan namun sesungguhnya sangat menentukan

kelangsungan aktivitas kehidupan manusia sehari-hari (*survive*).

Selain itu, kesehatan bersifat abstrak sehingga dipersepsikan menjadi hal yang sangat biasa-biasa saja. Ketika sakit barulah dipandang sebagai sesuatu yang luar biasa, sehingga wajar bila sebuah kebijakan yang berorientasi kesehatan muncul ketika keadaan telanjur jatuh sakit, apalagi yang menyangkut hajat hidup masyarakat bersifat histeria massa. Tidak heran bila alokasi anggaran kesehatan dewasa ini lebih banyak diarahkan untuk kegiatan yang berorientasi ‘sakit’, termasuk penanggulangan penyakit, pengobatan, dan penyediaan sarana kesehatan.

Di sisi lain, paradigma sehat yang digaungkan sejak awal reformasi lamban laun meredup dan hanya menjadi simbol belaka. Efek publisitas dan modernitas medis kini berkembang secara masif seakan menjadi indikator utama untuk mengukur kualitas kesehatan masyarakat.

Apalagi fenomena kemajuan dan modernitas pelayanan kesehatan, khususnya bidang kedokteran, ternyata tidak serta-merta mampu mendongkrak derajat kesehatan masyarakat. Realitas yang terjadi justru menunjukan bahwa kian maju dan modernnya pelayanan kesehatan berbasis medis memicu daya perlawanan problem kesehatan dan penyakit terhadap status kesehatan manusia secara umum. Kondisi tersebut diperburuk dengan semakin menurunnya kualitas daya dukung lingkungan yang selama ini menjadi tumpuan utama dan prasyarat untuk

mempertahankan dejarat kesehatan personal, komunitas dan masyarakat.

PARADIGMA SEHAT

Dewasa ini kondisi kesehatan masyarakat sesungguhnya dihadapkan dalam kondisi multiburden, yakni masyarakat yang dikepung oleh ancaman penyakit infeksi, penyakit berbasis metabolik, dan problem akibat lingkungan sanitasi yang buruk, termasuk dampak bencana. Akibatnya, daya tahan kesehatan (health endurance) rentan mengalami gangguan terhadap penyebaran penyakit secara massal sehingga tak berlebihan bila tingkat kunjungan masyarakat ke pusat layanan kesehatan terus bertambah. Ironisnya, sebagian besar di antaranya termasuk katagori masyarakat miskin dan marginal sehingga menambah beban pembiayaan kesehatan secara umum.

Sebagai bagian global dari sistem ekonomi, pembiayaan kesehatan makin meningkat seiring dengan kian langkanya faktor-faktor produksi yang mengakibatkan fenomena pergeseran fungsi kesehatan ke arah komoditi yang cenderung personal bercirikan utilitarian. Timbulnya pergeseran orientasi falsafah sistem kesehatan yang tergantung subsidi menyebabkan beban pemerintah semakin besar yang tidak diimbangi dengan sumber-sumber pembiayaan, kurangnya mobilisasi pembiayaan dan masih lemahnya desain strategi pengendalian peningkatan biaya

pelayanan kesehatan (*cost containment strategy*) jelas berdampak kualitas di sentra layanan kesehatan.

Paradigma sehat telah dicetuskan lebih dari 10 tahun lalu masih sebatas jargon yang hanya berlaku pada tataran konsep. Salah satu penyebabnya adalah sistem kesehatan didesain oleh kelompok sumber daya kesehatan yang memiliki aliran (genre) seputar upaya kuratif dan rehabilitatif yang bergerak dalam pusaran wilayah pengobatan dan mengandalkan ikon-ikon modernitas layanan kesehatan. Akibatnya, sentra-sentra layanan kesehatan terus menjadi andalan, tingginya ketergantungan masyarakat terhadap obat-obatan dan tenaga medis (*medical oriented*), serta maraknya hospitalisasi menjadi justifikasi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Padahal, kian modern suatu layanan kesehatan, termasuk kemanjuran obat dan keandalan bidang medis, justru menunjukan bahwa wujud ketergantungan masyarakat terhadap layanan kesehatan kian meningkat.

Saat ini perlu dikembangkan indikator kesehatan positif. Artinya, mampu mewujudkan status kesehatan, produktivitas tinggi, dan mampu mendorong masyarakat untuk lebih mandiri dalam jangka panjang yang mengacu pada ukuran indeks kualitas hidup. Secara teoretis penyediaan layanan kesehatan adalah salah satu dari komponen pendukung status kesehatan seseorang.

Eksistensi pelayanan kesehatan saat ini didominasi oleh seputar medis, obatobatan dan institusi pelayanan itu

sendiri. Pemberian pelayanan kesehatan lebih banyak memberikan nuansa aspek pengobatan bukan memberi pemahaman masyarakat untuk secara mandiri mampu mempertahankan status kesehatan yang berorientasi promotif dan preventif, meski aspek kuratif dan rehabilitatif tetap menjadi suatu rangkaian sistemik guna memberi daya dukung (*carrying capacity*) dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Reformasi atau Deformasi Puskesmas?[1]

Oryz Setiawan

Menteri Kesehatan dalam sebuah kongres kesehatan baru-baru ini mengemukakan konsep reformasi puskesmas yang kini tengah digalakkan. Meski konsep reformasi puskesmas telah lama digagas namun kini masih belum mampu dijalankan dengan sesuai khittah. Saat ini konsep reformasi puskesmas telah direduksi sebagai layanan berbasis pengobatan dan 'lebih' bersifat kuratif. Bagaimana

[1] Dimuat dalam Harian Bhirawa Edisi 13 Februari 2011 dengan judul yang sama.

tidak, pengembangan puskesmas menjadi puskesmas rawat inap, pengadaan dokter spesialis hingga dominasi program upaya kesehatan personal yang lebih menonjol kian menjadikan puskesmas bagai miniatur rumah sakit. Bahkan ironisnya muncul wacana puskesmas akan menjadi satelit-satelit rumah sakit. Survei membuktikan bahwa sebagian besar masyarakat memandang puskesmas sebagai layanan pengobatan. Di sisi lain, salah satu indikator pencapaian kinerja puskesmas juga mengakomodir jumlah kunjungan masyarakat yang dalam kondisi sakit sehingga capaian program kegiatan lebih bersifat parameter negatif seperti angka kesakitan, kematian ibu dan bayi serta perkembangan penyakit.

Oleh karena itu wajar bila konstruksi parameter tersebut masih berkutat pada meminimalisasi angka kesakitan, kematian hingga ancaman penyakit bukan pada upaya peningkatan kualitas derajat kesehatan yang berorientasi positif. Berbagai pengembangan program layanan kesehatan tersebut dapat mengembalikan jati diri puskesmas yang sesungguhnya atau hanya merupakan sebuah kebijakan yang justru menggeser khittah puskesmas yang berbasis pada upaya kesehatan yang mengedepankan prinsip-prinsip preventif dan promotif yang merupakan manifestasi pada paradigma sehat. Berdasarkan Laporan Pembangunan Manusia 2010 yang dikeluarkan UNDP menunjukkan bahwa indeks pembangunan manusia (IPM) Indonesia berada di peringkat 108 dari 169 negara yang

tercatat. IPM merupakan indeks komposit yang mencakup kualitas kesehatan, tingkat pendidikan, dan kondisi ekonomi (pendapatan).

Untuk mencapai peningkatan kualitas kesehatan yang signifikan tentu membutuhkan akselerasi yang mengacu pada parameter positif. Reformasi puskesmas atau PHC (*Primary Health Care*) yang mengadopsi pendekatan WHO dalam the WHO Annual Report 2008 dengan judul: "*Primary Health Care, Now More Than Ever*", terdiri empat pilar yaitu : pertama, reformasi pembiayaan kesehatan. Sistem pembiayaan pemerintah lebih diarahkan pada upaya kesehatan masyarakat (*public goods*) dan pelayanan kesehatan bagi orang miskin. Sistem pembiayaan kesehatan yang ada di Indonesia merupakan bagian dari skenario pembangunan ekonomi yang dikembangkan pemerintahan pada masa lalu yang berbasis pada kekuatan pembangunan kualitas sumber daya manusia.

Akibat adanya prioritas pada pertumbuhan ekonomi menimbulkan adanya pengabaian alokasi pada *social and human expenditure* yang merupakan faktor yang berdampak langsung pada kondisi sosial masyarakat. Oleh karena itu perlu adanya kemampuan negosiasi para pelaku pembangunan kesehatan dalam upaya peningkatan alokasi social and human expenditure ratio.

Kedepan, kebijakan sistem kesehatan termasuk pola pembiayaan kesehatan harus bertumpu pada keseimbangan biaya pembangunan, peningkatan kualitas kesehatan dan

jaminan keterjangkauan pelayanan kesehatan bagi setiap masyarakat terutama masyarakat miskin. Di sisi lain, perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia ternyata kurang bermakna walaupun upaya sistematis telah dikembangkan sejak tahun 1982 antara lain disebabkan oleh faktor subsidi yang sangat besar terhadap pelayanan kesehatan sehingga tidak cukup kuat untuk mendorong masyarakat untuk membeli premi asuransi, tingginya jumlah penduduk miskin sehingga prinsip "*pooling of risk*" tidak layak secara finansial, kualitas pelayanan kesehatan tidak berkorelasi dengan kebutuhan dan keinginan penduduk mampu serta faktor akses pelayanan kesehatan yang masih rendah.

Kedua, reformasi kebijakan kesehatan, kebijakan kesehatan harus berbasis fakta (evidence based public health policy). Fakta dan data merupakan bahan dasar yang mutlak harus tersedia sehingga dapat diolah, dikaji dan dianalisis secara komprehensif. Memang harus diakui di Indonesia bukan hanya di bidang kesehatan, salah satu problem dasar adalah ketidaksinkronnya data sebagai baseline untuk menghasilkan informasi yang tepat dan memiliki kevalidan tinggi sehingga kebijakan yang dihasilkan tidak bias atau tidak tepat sasaran.

Ketiga, reformasi kepemimpinan kesehatan. Pola kepemimpinan kesehatan harus bersifat inklusif, partisipatif, dan mampu menggerakkan lintas sektor melalui kompetensi advokasi. Pelayanan kesehatan di puskesmas diharapkan

mampu bersinergi dengan lintas sektoral misalnya dengan Gardutaskin, dengan afiliasi dengan program PKK setempat, melalui sistem pranata sosial kemasyarakatan seperti pengajian, arisan serta bentuk-bentuk interaksi kemasyarakatan dengan menjalin hubungan dengan para tokoh agama dan masyarakat local. Dengan hubungan dan komunikasi dengan masyarakat diharapkan dapat mengidentifikasikan berbagai permasalahan kesehatan, tingkat kesadaran masyarakat terhadap derajat kesehatan, melakukan alternatif penyelesaian masalah kesehatan dan pola penyebaran penyakit di masyarakat setempat Sebab salah satu tolok ukur keberhasilan fungsi puskesmas adalah peran serta dan partisipasi aktif masyarakat sebagai fokus pemberdayaan kesehatan masyarakat, bukan hanya sekedar melihat kunjungan masyarakat.

Keempat, reformasi pelayanan kesehatan. Puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan dasar harus mengembangkan sistem yang kokoh dalam konteks puskesmas dengan jejaringnya serta dengan suprasistemnya (Dinkes Kab/kota, dan RS Kab/Kota). Layanan puskesmas tetap bertanggung jawab melaksanakan program pemerintah khususnya melaksanakan program kesehatan yang bersifat *public goods* yang berskala promotif dan preventif, misalnya program imunisasi, penyuluhan kesehatan lingkungan, pencegahan penyakit menular, serta peningkatan higine dan sanitasi. Selain itu kegiatan lebih terfokus pada Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat

(UKBM) yang diantaranya terdapat posyandu, kader gizi, kader KB, "dokter kecil", karang taruna, bidan desa yang kesemuanya merupakan komponen penting dalam mendukung upaya pelayanan kesehatan dasar yang ada di puskesmas.

Khittah Puskesmas

Puskesmas memiliki tiga fungsi dasar yakni sebagai pusat pembangunan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan dan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama. Indikator sebuah puskesmas dikatakan berhasil apabila lebih banyak dikunjungi orang sehat daripada orang sakit, mengapa? Karena misi utama puskesmas adalah mengurusi masyarakat bukan sekedar tidak sakit, namun tetap sehat baik secara fisik, psikis, sosial dan produktif. Puskesmas bukan semata-mata dikontruksi sebagai pusat 'kesakitan' masyarakat yang notabene lebih merupakan tempat pengobatan, tetapi merupakan pusat penyehatan masyarakat yang berbasis pola preventif dan promotif.

Penonjolan fungsi pengobatan sesungguhnya merupakan ranah filosofi rumah sakit. Eksistensi puskesmas sebagai sentra layanan kesehatan berbasis partisipasi aktif masyarakat kini seakan tergeser sebagai institusi pelayanan masyarakat kelas marginal dan sekedar pelengkap dari modernitas pelayanan kesehatan yang cenderung dipengaruhi oleh mekanisme pasar. Fungsi puskesmas

sesungguhnya adalah menyehatkan masyarakat agar tidak jatuh sakit dan tetap mempertahankan derajat kesehatan supaya tetap sehat.

Puskesmas memiliki kekhasan yakni aspek nilai kedekatan psikologis yang mendorong timbulnya otomatisasi partisipasi publik secara akif dan pusat layanan kesehatan pertama yang mengedepankan upaya promotif dan preventif yang berbasis komunal. Pada umumnya masyarakat tak memiliki pilihan lain dalam memperoleh pengobatan meskipun kualitas pengobatan di puskesmas masih relatif rendah dibandingkan dengan tempat lain, kendati begitu masyarakat tetap memilih puskesmas sebagai tempat berobat. Pada umumnya masyarakat mempertimbangkan faktor ekonomi dan akses kedekatan lokasi dengan tempat tinggal mereka. Upaya pemerataan jumlah puskesmas di seluruh wilayah akan memudahkan pencapaian program kesehatan, melakukan pola monitoring secara berkesinambungan agar munculnya problem kesehatan dapat lebih cepat dideteksi sejak dini.

Kilas Balik Paradigma Kesehatan Islam

Agung Dwi Laksono

Pertengahan tahun 1998 telah terjadi pergeseran paradigma dari paradigma sakit di lingkungan Departemen Kesehatan di Indonesia, Pemerintah (Depkes) pada tanggal 15 September 1998 di hadapan para wakil rakyat di DPR RI memperkenalkan paradigma baru, yaitu paradigma sehat. Dimana pembangunan kesehatan lebih dititikberatkan pada upaya promotif dan preventif tapi tidak melupakan upaya kuratif dan rehabilitatif yang memegang prinsip rasional, bermutu,

efektif, manusiawi, dan terjangkau dengan berorientasi pada membina bangsa yang sehat.

Isu pergeseran paradigma tersebut sebenarnya sudah lama digulirkan. Di tingkat nasional, tidak kurang Prof. Does Sampoerno dalam pidato pengukuhan sebagai Guru Besar Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia berjudul 'Membina Kesehatan Bangsa, Paradigma Pembangunan Kesehatan Menjawab Tantangan Pembangunan Jangka Panjang II' pada tanggal 29 Juni 1994 menyatakan, "*Untuk meningkatkan kesehatan penduduk lebih baik bukan melalui penyediaan obat dan tempat tidur yang banyak di Rumah Sakit, tetapi lebih memperhatikan mereka yang tidak sakit melalui pencegahan penyakit dan membuat penduduk lebih tahan terhadap penyakit*".

Sedangkan di tingkat internasional isu pergeseran paradigma tersebut malah jauh-jauh hari sudah didengungkan sejak tahun tujuhpuluhan. Lebih lanjut Does Sampoerno menyatakan, "*… dipandang dari segi ekonomi, upaya kesehatan yang menekankan penyembuhan penyakit pada umumnya lebih mahal, karena banyak menggunakan teknologi kedokteran hilir. Pelayanan kesehatan yang demikian itu sering dianggap sebagai pengeluaran konsumtif dan bukan sebagai investasi produktif. Melakukan investasi dan intervensi pada orang yang tidak sakit lebih 'cost effective' daripada terhadap orang sakit. Karena investasi pada*

orang sehat dan orang tidak sakit lebih dekat kepada produktifitas daripada investasi pada orang sakit".

Di Indonesia, dipekirakan setiap saat terdapat 15% sampai 20 % penduduk yang sakit dan memerlukan pelayanan dan obat. Dari sekian banyaknya, apabila semua daya dan sarana pelayanan medis dikerahkan, diperkirakan hanya 20 - 30 % saja yang dapat dilayani, sementara penduduk lain yang lebih banyak sekitar 85 %, yang tidak sakit dan tidak sedang mencari obat, malah tidak mendapat perhatian (Ismail Yusanto, 1995).

Ketimpangan ini lebih terlihat lagi pada penyusunan anggaran untuk sektor kesehatan, 2,5 % dari total anggaran negara dialokasikan untuk sektor kesehatan, dan 55 % dari alokasi tersebut digunakan untuk Rumah Sakit, namun Bank Dunia pada tahun 1986 memperkirakan hanya 50 % dari kebutuhan dana untuk Rumah Sakit di Indonesia yang tercukupi.

Bahkan kendati telah terjadi perubahan alokasi anggaran dari tahun 1982/1983 sebesar 113 milyar rupiah untuk investasi dan 346 milyar rupiah untuk operasional (1 : 3) menjadi tahun 1986/1987 sebesar 85 milyar rupiah untuk investasi dan 532 milyar rupiah untuk operasional (1 : 6), tetap juga dana itu belum mencukupi (Gani, 1995).

Isyarat pergeseran paradigma sehat sebenarnya sudah termaktub dalam definisi kesehatan yang tercantum

dalam UU no. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, yaitu 'Kesehatan sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi'. Dengan kata kunci 'produktif' dapat diartikan sehat tidak hanya sebagai terbebas dari penyakit.

Akhir-akhir ini pemerintah lebih serius untuk mengganti kedudukan paradigma sakit menjadi paradigma sehat, terbukti dengan dicanangkannya 'Indonesia Sehat 2010' pada bulan Juni 1999 lalu oleh Presiden, yang lebih menekankan misi pembangunan kesehatan lebih bertumpu pada paradigma sehat.

Meskipun demikian, dalam pelaksanaannya tetap saja belum ada kemajuan berarti dari pergeseran paradigma tersebut. Masih banyak kebijakan-kebijakan yang tetap berpegang pada paradigma sakit. Ketidakjelasan misi Depkes tersebut juga tercermin dari struktur organisasi Depkes serta pengisiannya.

Organisasi Depkes lebih mencerminkan pene-kanan program penyembuhan daripada upaya peningkatan derajat kesehatan. Untuk kuratif ada dua direktorat jenderal, yaitu Dirjen Binkesmas (yang membawahi Puskesmas) dan Dirjen Pelayanan Medik (yang membawahi Rumah Sakit).

Bagaimanapun program penyembuhan di Puskesmas lebih menonjol dan program penyehatan rakyat kurang

diperhatikan. Kalau toh ada yang baik, pada umumnya itu karena sifat inovatif dari dokter yang ditempatkan di sana, bukan karena terencana. Jika dokter itu diganti, program itu pun akan menghilang lagi (Muhammad, 1998).

Sebenarnya sejak empat belas abad silam Islam telah memperkenalkan paradigma sehat, hal ini dapat dilihat dalam hadits berikut*:*

"Pergunakanlah lima kesempatan sebelum datang lima kesempitan:

1. *Pergunakanlah kesehatanmu sebelum datang sakitmu.,*
2. *Pergunakanlah waktu lapangmu sebelum datang waktu sibukmu.,*
3. *Perggunakanlah hari mudamu sebelum datang hari tuamu.,*
4. *Pergunakanlah kekayaanmu sebelum datang kemiskinanmu.,*
5. *Pergunakanlah kesempatan masa hidupmu sebelum datang saat kematianmu.* (HR. Baihaqi)".

Secara gamblang hadits tersebut memperingatkan kita untuk bertindak promotif-preventif-potektif sebelum kuratif-rehabilitatif. Dalam hadits yang lain disebutkan, *"…sedangkan pencegahan itu pokok dari segala pengobatan"* (HR. ad-Dailami).

Penjabaran praktis paradigma sehat dalam Islam tersebut dapat dilihat pada larangan untuk makan-minum berlebihan, larangan untuk minum *khamr* (alkohol), larangan untuk meniup-niup makanan/minuman untuk mendinginkan, larangan makan babi, bangkai, darah, larangan berzina, homoseksual serta bersetubuh saat haidh, kewajiban membersihkan hadats besar dan kecil, sunnah untuk bersiwak (gosok gigi), berwudhu, khitan, sampai menjaga kebersihan (sebagian dari iman), dan masih banyak lagi ajaran praktis lain dalam Islam sehubungan dengan paradigma sehat, yang mana penjabaran paradigma sehat dalam ajaran praktis tersebut sudah terlalu sering diberikan, dan semakin bertambah hari semakin menemukan kesesuaian ilmiah empiriknya dalam perspektif ilmu pengetahuan modern.

Meskipun paradigma sehat tersebut sudah diperkenalkan Islam beberapa abad silam lewat ajaran-ajarannya, tetapi umat Islam sendiri, termasuk di Indonesia kurang memperhatikan hal tersebut. Memang ada sedikit perhatian terhadap bidang kesehatan, hal ini diperlihatkan oleh ormas-ormas besar Islam dengan membangun Balai Pengobatan, Klinik, Rumah Bersalin sampai Rumah Sakit, tetapi sama sekali belum menyentuh aspek promotif-preventif-protektif.

Indonesia sebagai negara berpenduduk mayoritas muslim terbesar di dunia sudah selayaknya atau malah

seharusnya menjadi pelopor dalam hal tersebut. Dengan demikian tidak akan dapat diragukan lagi bahwa Islam merupakan agama dan sistem kehidupan yang *syamil* (komprehensif). Sebagai suatu kehidupan yang *syamil*, Islam mencakup semua lini kehidupan insani, antara lain pendidikan, ekonomi, sosial-politik, budaya, bahkan kesehatan.

Bagaimana menurut anda ?

Masalah Kebijakan

Saatnya Mengarusutamakan Kesehatan[1]

Rachmad A. Pua Geno

Pada kesempatan Hari Kesehatan Nasional yang jatuh pada tanggal 12 November ini, ada baiknya kita meneropong berbagai peristiwa terkait masalah kesehatan yang terjadi selama tahun 2006. Catatan selama tahun 2006 ini, berbagai kejadian yang mempunyai kaitan erat dengan masalah kesehatan masyarakat sangat memprihatinkan ditengah situasi perekonomian yang serba sulit, angka

[1] Dimuat dalam Harian Surya Edisi 12 November 2006 dengan judul yang sama

kemiskinan terus melonjak, tingkat pengangguran tinggi dan daya beli masyarakat rendah.

Masalah kesehatan yang terjadi, mulai dari tetap merebaknya beberapa penyakit 'kuno' seperti Malaria, Kusta, TB Paru, Demam Berdarah bahkan penyakit kaki gajah. Sementara kasus flu burung yang terus menelan korban hingga penyebaran HIV/AIDS yang semakin tak pandang bulu. Belum lagi, berbagai kasus pencemaran lingkungan oleh industri terus memakan korban. Dan yang masih hangat dibicarakan, bencana lumpur di Porong - Sidoarjo yang memaksa sebagaian warganya mengungsi.

Deretan beberapa kejadian diatas, semuanya bermuara pada semakin terpuruknya derajat kesehatan masyarakat dan semakin membuat kepentingan kesehatan sulit untuk didahulukan. Dengan kata lain, wajah 'kesehatan masyarakat' kita di tahun 2006 sungguh muram dan bopeng. Bila melihat berbagai kondisi tersebut, agaknya kita semakin gamang menyongsong cita-cita terwujudnya Indonesia Sehat 2010.

Saat pencanangan Misi Indonesia Sehat 2010 oleh Presiden BJ Habibie pada tanggal 1 Maret 1999, dianggap sebagai sebuah terobosan yang menggembirakan. Misi tersebut seakan membawa arti kesadaran pemerintah untuk lebih *concern* terhadap berbagai persoalan kesehatan masyarakat. Karena salah satu strategi yang diusung adalah paradigmas sehat dan perwujudan pembangunan yang berwawasan kesehatan (PBK). Artinya, segala aspek yang

menyangkut proses pembangunan di negeri ini (baik yang dilakukan pemerintah atau investor swasta), harusnya memperhatikan aspek kesehatan masyarakat dilingkungan tersebut.

Dengan kata lain, pemerintah seakan 'menyadari' dan 'mau' menempatkan kesehatan sebagai *mainstream* (arus utama) dalam pembangunan nasional. Namun hingga detik ini, dengan berbagai kejadian dan fakta yang ada, rasanya misi tersebut masih di awang-awang. Alih-alih menuju Indonesia Sehat, kini malah bersiap menuju Indonesia Sakit.

Sejatinya, penyebab utama kegagalan pemerintah dalam mewujudkan Indonesia Sehat 2010 adalah selama ini pemerintah belum secara total merubah visi dan komitmennya terhadap kesehatan. Alih-alih pemerintah menempatkan kesehatan sebagai aspek yang penting dalam pembangunan bangsa, justru kepentingan pertumbuhan ekonomi masih menjadi dasar berbagai kebijakan pemerintah dalam proses pembangunan dewasa ini. Ini artinya, kesehatan masih di arus pinggir *(side stream)* pembangunan.

Indikasi yang mendukung hal ini antara lain; Pertama; Ketika kasus lumpur di Porong-Sidoarjo mencuat, suara dari Menteri Kesehatan seakan tenggelam tanpa bersuara, tidak ada upaya advokasi kepada korban lumpur. Sejatinya, bila Menkes memiliki *sense of Indonesia Sehat* 2010, akan cepat

merespon kasus tersebut dan memanfaatkan momen tersebut untuk menyuarakan pentingnya visi paradigma PBK.

Kedua; Banyaknya kasus Kejadian Luar Biasa (KLB), seperti Demam Berdarah, Malaria, Antraks hingga Flu Burung, menunjukkan ketidaksiapan pemerintah dalam mengantisipasi berbagai persoalan kesehatan masyarakat. Pemerintah masih menggunakan prinsip 'lebih baik mengobati daripada mencegah' yang tercermin dengan paradigma 'mengobati'. Kurangnya koordinasi dan peran pemerintah daerah yang kurang selalau menjadi alasan utama mengapa KLB terus bermunculan.

Ketiga; Selama ini alokasi kesehatan dalam APBN tidak pernah lebih dari 5 %. Padahal dengan rendahnya alokasi belanja kesehatan akan menghasilkan indikator kesehatan yang rendah. Dalam laporan WHO tahun 1999, Indonesia hanya mengeluarkan 1,8% dari produk domestik brutonya (PDB) untuk belanja kesehatan. Sementara negara ASEAN lain yang memiliki PDB per kapita lebih tinggi mengeluarkan porsi lebih besar untuk kesehatan. Maka tidak mengherankan bila indikator kesehatan Indonesia, terendah diantara negara ASEAN. Karena kita menanam modal lebih kecil, maka kita mendapat hasil yang sedikit. (Thabrany, 1999)

Keempat; Berbagai produk kebijakan banyak yang tidak pro kesehatan, salah satu yang mencolok adalah regulasi tentang pengamanan rokok bagi kesehatan. Regulasi ini telah mengalami 3 kali perubahan yang

mendasar dalam masa 3 keperiodean presiden. Ironisnya, perubahan tersebut sangat dipengaruhi oleh desakan kepentingan ekonomi dan kaum pemodal. Sedangkan aspek perlindungan kesehatan menjadi prioritas terakhir

Kelima; Kebijakan yang dikeluarkan pemerintah terkait dengan masalah kesehatan lebih banyak terfokus pada persoalan 'pelayanan kesehatan'. Dimulai saat program 100 hari pemerintahan SBY, pemerintah mengeluarkan kebijakan untuk 'menggratiskan' biaya perawatan RS untuk kelas III. Kebijakan semacam itu adalah ciri utama pemerintahan 'sakit', dimana pemerintah lebih berorientasi mengurusi orang sakit, sedangkan berbagai program atau kebijakan untuk 'masyarakat sehat' tidak diprioritaskan. Dengan kata lain, berbagai kebijakan yang ditempuh hanyalah kebijakan populis untuk menarik simpati masyarakat.

Padahal sudah menjadi pandangan yang universal bahwa Kesehatan adalah sebuah investasi, sebagai cerminan dari pentingnya SDM yang produktif. Dibeberapa negara lain telah menggunakan konsep sehat produktif, dimana sehat adalah sarana atau alat untuk hidup sehari-hari secara produktif. Upaya kesehatan harus diarahkan untuk dapat membawa setiap penduduk memiliki kesehatan yang cukup agar bisa hidup produktif. Sebaliknya. bila kita mengabaikan aspek kesehatan, justru akan menimbulkan kerugian ekonomi, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Bila

kita cermati, kerugian tersebut menunjukkan masalah kesehatan bukan lagi masalah pengobatan *an sich*.

Sebagaimana dalam Indeks Pembangunan Manusia (Human Development Index), terdapat 3 unsur utama, salah satunya adalah kesehatan. Hal tersebut menjadi bukti konkret bahwa kesehatan sebagai salah satu unsur utama SDM. Karena itu, kesehatan mestinya menjadi pilar utama pembangunan nasional dan daerah, dan menjadi arus utama (*main stream*) dalam pembangunan.

Adagium di lingkungan Internasional yang menyebutkan *"Health is not everything, but without health, everything is nothing"* merupakan pesan universal dari sebuah urgensitas kesehatan dalam suatu pengembangan masyarakat dan pembangunan secara nasional.

Untuk itu, belum ada kata terlambat untuk berupaya mengarusutamakan *(mainstream)* kesehatan dalam proses pembangunan. Salah satu program jangka pendek yang harus direalisasikan adalah kembali kepada cita-cita Indonesia Sehat 2010. Hal itu dapat ditempuh dengan cara; Pemerintah hendaknya menempatkan aspek kesehatan sebagai aspek penting sebelum memutuskan berbagai kebijakan. Jangan lagi membuat kebijakan semata-mata dari aspek ekonomi namun merugikan kepentingan kesehatan masyarakat, seperti dalam regulasi rokok. Pendek kata, perlu penegasan kembali komitmen pemerintah dalam menjalankan paradigma sehat di segala lini pemerintahan.

Pemerintah perlu merevitalisasi peran Depkes sebagai departemen ‘produktif’ tidak sekedar departemen yang masuk dalam golongan “Kesra” yang lebih berkonotasi pada definisi sosial dan konsumtif. Kedepan, Depkes perlu dilibatkan dalam jajaran koordinator perekonomian, karena sejatinya sektor kesehatan adalah investasi dan produktif, selain tentunya bidang pendidikan.

Problem Obat dalam Lingkaran Kausalitas Medis[1]

Oryz Setiawan

Sebagai salah satu kiblat rujukan layanan medis di Jawa Timur, Surabaya juga menjadi sentra industri farmasi dan distribusi obat-obatan. Publikasi dan perkembangan teknologi kedokteran menjadi salah satu unggulan Surabaya selain sektor industri jasa dan pusat perdagangan.

---

[1] Dimuat dalam Harian Radar Surabaya Edisi Kamis 7 April 2011 dengan judul yang sama.

Sebagai salah satu rumah sakit terbesar di Indonesia dan rumah sakit rujukan utama (*top referral hospital*), aktivitas pemeriksaan dan pengobatan di RSUD dr Soetomo sangat tinggi. Sehingga, beban tenaga kesehatan lebih tinggi. Situasi ini sedikit banyak cenderung mengarah pada kerentanan ketidaktepatan terhadap pemeriksaan dan pengobatan pasien, termasuk penggunaan obat secara rasional.

Pesatnya perkembangan perumahsakitan dan layanan kesehatan lain secara otomatis akan berkorelasi langsung dengan peningkatan konsumsi obat-obatan. Pergeseran nilai-nilai sosial obat ke arah komoditas bisnis dapat mendorong kenaikan harga yang tidak terkendali, sehingga mempersulit akses maskin terhadap pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut merupakan salah satu dampak dari globalisasi ekonomi dan sistem kapitalisme industry farmasi yang terkadang mengabaikan aspek-aspek kemanusiaan.

Obat merupakan produk farmasi yang menjadi salah satu pilar pelayanan kesehatan. Ini terkait dengan aspek pengobatan pasien untuk memulihkan, menyembuhkan, dan mencegah penyakit berkembang di dalam metabolisme tubuh. Tak berlebihan bila obat termasuk elemen setiga emas, yakni sarana kesehatan, medis (dokter), dan obat itu sendiri. Dalam struktur pelayanan kesehatan, obat juga salah satu komponen terbesar dalam system pembiayaan

kesehatan, sehingga penggunaan obat harus mengacu pada kebutuhan indikasi klinis dan rasional.

Dewasa ini penggunaan obat yang tidak rasional di Indonesia sebenarnya telah berlangsung lama, termasuk di Kota Surabaya. Secara logika, semakin kompleksnya layanan pengobatan maka peluang risiko terjadi penyalahgunaan penggunaan obat, khususnya golongan antibiotik semakin besar. Apalagi beban pasien yang terus membengkak dan ekses persaingan antarproduk industri farmasi melalui sistem peresepan *(prescribing*) yang tidak sesuai dengan indikasi medis sehingga menimbulkan risiko resistensi obat. Bentuk-bentuk peresepan yang tidak sesuai antara lain ketidaktepatan pemberian peresepan (*malprescribing*), pemberian obat tanpa resep, pemakaian obat tanpa disertai dengan pemeriksaan yang adekuat, serta penggunaan obat yang tidak sesuai dengan rejimen atau komposisi bahan aktif obat. Dengan kata lain, kuman dan penyebab penyakit menjadi lebih kebal terhadap interaksi obat sehingga upaya penyembuhan menjadi lebih lama, belum termasuk efek samping dan kemungkinan komplikasi reaksi tubuh.

Kompetensi dokter juga sangat mempengaruhi tindakan tatalaksana medis yang dilakukan. Masing-masing dokter memiliki karakter dan ‘seni’ memeriksa dan mengobati tiap pasien, tergantung kondisi dan indikasi klinis meski telah ada standar prosedur medis. Oleh karena itu, fenomena tersebut dinamakan *clinical iatrogenesis*, yaitu munculnya masalah baru dalam setiap tindakan medis justru

disebabkan oleh tindakan dokter. Di sisi lain, bila terjadi resistensi terhadap obat tertentu, maka belum tentu ada pengganti obat lain yang mampu mematikan kuman yang resisten tersebut. Kondisi tersebut membutuhkan sentuhan teknologi farmakologi yang lebih sulit, kompleks, dan menghabiskan biaya yang sangat besar untuk memproduksi secara massal.

PENGOBATAN RASIONAL

Pada dasarnya obat merupakan unsur bahan kimia yang diformulasikan sesuai biofisiologis tubuh dengan bahan atau komposisi tertentu melalui serangkain uji klinis, uji toksitivitas yang sangat ketat, yang berfungsi untuk menghambat dan mematikan mikrobakteri dan sejenisnya. Pemberian obat haruslah berhati-hati apalagi penggunaan obat antibiotik.

Pada peringatan Hari Kesehatan Sedunia kali ini, WHO menetapkan tema *Antimicrobacterial Resistance and its Global Spread*, sedangkan Indonesia memilih tema Gunakan Antibiotik Secara Tepat untuk Mencegah Kekebalan Kuman. Tema ini dipilih karena penggunaan antibiotik yang tidak tepat dapat membahayakan kesehatan masyarakat secara global maupun secara individu.

Menurut WHO, pemilihan tema dilandasi beberapa fakta antara lain lebih dari 50 persen obat-obatan diresepkan, diberikan atau dijual tidak semestinya.

Akibatnya, lebih dari 50 persen pasien gagal mengkonsumsi obat secara tepat. Padahal, penggunaan obat berlebih, kurang atau tidak tepat akan berdampak buruk pada manusia dan menyia-nyiakan sumber daya. Data WHO menyebutkan bahwa lebih dari 50 persen negara di dunia tidak menerapkan kebijakan dasar untuk mempromosikan penggunaan obat secara rasional (POR).

Prinsip umum penggunaan obat yang rasional termasuk antibiotik didasarkan pada tingkat rasio manfaat dan risiko yang ditimbulkan. Rasionalitas pengobatan menggunakan ukuran-ukuran yang objektif yang didasari atas pembuktian ilmiah (uji klinis dan farmakologis) atau melalui pendekatan *evidence based medicine*. Sebenarnya kesadaran POR tidak mutlak tugas dan tanggung jawab tenaga kesehatan, industry farmasi dan pemerintah semata, namun juga melibatkan masyarakat (pasien). Adanya keinginan pasien yang cenderung ingin mengkonsumsi obat dengan sugesti menjadi lebih cepat sembuh. Sedang pada komunitas perkotaan kebiasaan mengkonsumsi obat mahal juga memperparah substansi produk obat yang telah diformulasikan untuk penyakit tertentu.

Sehat, Tanggung Jawab Siapa?
(Pembelajaran Kasus Teluk Buyat)[1]

Rachmad A. Pua Geno

Beberapa waktu lalu, pemerintah (baca: Depkes) semakin gencar mengkampanyekan slogan Sehat Tanggung Jawab Bersama (kemudian disingkat STJB). Khususnya, sejak puncak peringatan Hari Kesehatan Nasional ke-39 lalu. Fenomena ini cukup menarik, karena baru kali ini Depkes mewacanakan secara resmi bahwa persoalan kesehatan

---

[1] Dimuat dalam Harian Radar Surabaya Edisi 7 Agustus 2004 dengan judul "Pembelajaran Kasus Teluk Buyat. Sehat, Tanggung Jawab Siapa?".

mestinya di pikul bersama antara segenap masyarakat, tidak hanya menjadi tanggung jawab Depkes saja..

Merujuk definisi 'bersama' sebagaimana yang tercantum dalam draft Sistem Kesehatan Nasional yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI (dalam www.depkes.go.id) bahwa pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah : *Masyarakat*, yang meliputi tokoh masyarakat, masyarakat madani, LSM, media massa, organisasi profesi, akademisi, para pakar serta masyarakat luas termasuk swasta ; *Pemerintah*, baik pemerintah pusat, provinsi maupun Kabupaten/Kota ; *Badan legislatif*, baik di pusat, maupun di daerah ; *Badan yudikatif*. Singkatnya, definisi 'bersama' mencakup semua elemen.

Pada saat ini, kampanye STJB yang dicanangkan Depkes sedang mendapat ujian, dimana kasus pencemaran logam berat yang kini terjadi di teluk Buyat dan telah memakan korban dari warga sekitar teluk Buyat. Fakta di lapangan, para korban kasus teluk Buyat dengan didampingi beberapa LSM peduli kesehatan mengadu ke pemerintah untuk melaporkan kejadian di Teluk Buyat. Disinyalir pembuangan limbah tailing PT Newmont Minahasa Raya menyebabkan pencemaran tersebut. Namun lucunya, buru-buru Menteri Kesehatan menyampaikan statemen bahwa apa yang diderita warga Buyat hanyalah penyakit kulit biasa, tanpa menunggu hasil pemeriksaan laboratoris.

Tentu saja, pernyataan Menkes menimbulkan beberapa penafsiran, apalagi dikemudian hari ditemukan

hasil bahwa dalam darah warga Buyat terkontaminasi dengan logam berat diatas ambang normal (meski disebut belum mengarah ke kasus Minamata). Sebagai pemegang institusi yang terkait dengan bidang kesehatan penduduk, komentar Menkes dinilai tidak berpihak pada warga umumnya, justru terkesan memihak PT Newmont. Belum ada tindakan konkret upaya Depkes menuntaskan masalah ini.

Dari kejadian ini, banyak pihak yang mengkritik tentang konsep STJB yang sempat dikampanyekan pihak Depkes. Mengapa justru kelompok masyarakat (LSM) yang menjadi *leader* dalam kasus ini, sementara pihak pemerintah (cq Depkes dan KLH) dan legislatif terkesan menutupi persoalan pencemaran ini.

Bila mengacu pada konsep STJB, mestinya semua komponen bersikap sama, bersatu dan tidak terkesan menutup-nutupi kasus ini. Karena masyarakat yang menjadi korban pencemaran tersebut sudah semakin menderita, tidak hanya fisik melainkan juga psikis.

Berbagai fakta diatas, seakan menunjukkan bahwa implementasi STJB masih sebatas di kulit saja. Memang betul, dalam berbagai kesempatan, Depkes telah membuka kran bagi masyarakat untuk berpartisipasi dalam memikirkan kesehatan. Munculnya lembaga, baik yang independen maupun yang menjalin *networking* dengan pemerintah cukup banyak, misalnya Koalisi Indonesia Sehat, Komite Penanggulangan AIDS, Dewan Kesehatan Kota/Kabupaten

dan sebagainya. Adalah bukti upaya pemerintah merangkul berbagai komponen dalam masyarakat untuk turut bertanggung jawab bersama mewujudkan Indonesia Sehat.

Namun, bila dicermati lebih dalam, ternyata upaya Depkes RI dalam merangkul segenap komponen masyarakat justru tidak diwujudkan di dalam rumah tangga Depkes sendiri. Depkes yang diharapkan sebagai *leading sector* dalam upaya menyehatkan bangsa *(shapping health nation)* justru bersikap 'menutup diri'. Berikut beberapa fakta yang ada ;

1 Pimpinan Depkes, dalam hal ini Menteri Kesehatan dijabat oleh orang dari latar belakang kedokteran. Pertanyannya, apakah hanya orang kedokteran saja yang mampu mengurusi Depkes? Padahal fungsi Depkes mengurusi masalah kesehatan penduduk, bukan hanya mengurusi orang yang sakit saja. Mestinya dengan konsep STJB, Menkes tidak harus dijabat oleh seorang dokter, melainkan orang yang memiliki visi 'pembangunan berwawasan kesehatan'.

2 Distribusi tenaga di Depkes RI dan berbagai institusi kesehatan masih didominasi oleh tenaga yang berlatar belakang 'kesehatan murni'. Mestinya, merujuk konsep STJB, Depkes haruslah membuka kesempatan yang sama bagi tenaga-tenaga lain yang berguna di Depkes, mulai dari ekonom, *politician*, sosiolog bahkan sampai dengan teknokrat. Depkes perlu mengambangkan diri sebagai departemen yang strategis dalam membangun bangsa

yang sehat. Tidak lantas mengurusi orang sakit saja.

3 Depkes lebih sering memakai ‘kacamata kuda’ dalam mengambil berbagai keputusan. Contoh sederhana saat pemberian penghargaan bidang kesehatan yang selalu mendapat ‘penghargaan’ adalah orang-orang atau institusi dari kalangan ‘kesehatan murni’ misalkan dokter teladan, bidan teladan, perawat teladan, puskesmas teladan, RS teladan. Kalaupun dari luar, prosentasenya sangat sedikit.

Bila konsisten dengan STJB, ‘penghargaan’ itu perlu diperluas bagi elemen yang mampu memberikan sumbangsih dalam proses penyehatan penduduk. Bisa jadi, LSM seperti WALHI, ICW, YLKI yang dengan gigih mengkritisi kebobrokan mental para pejabat. Atau seniman sekelas Iwan Fals, Franky, Slank yang senantiasa memberikan pencerahan moral kepada kaum muda untuk tidak gampang putus asa.

Berbagai bukti diatas, mengartikan implementasi STJB masih terbatas pada kulitnya saja. Artinya Depkes saat ini masih didominasi kelompok *status quo* yang sulit menerima konsep STJB secara total. Bagi mereka, boleh saja elemen masyarakat terlibat dalam proses pembangunan kesehatan, tapi jangan coba-coba mengusik internal ‘kerajaan’ Depkes. Tentu saja ini sebuah ironi, saat masyarakat sudah memahami tanggung jawab bersama tersebut, justru ‘orang-orang kesehatan’ masih *over protected*.

Karena itu, implementasi STJB, harus dimulai dengan melakukan reformasi internal Depkes dan institusi kesehatan lainnya. Setidaknya menjadikan institusi kesehatan, sebagai institusi yang tidak hanya reaktif tapi lebih tanggap dan proaktif. Inipun kalau Depkes masih tetap ada alias tidak dibubarkan seperti yang pernah disentil oleh Gus Dur saat jadi presiden. *Wallahu' alam*

Kampanye yang Miskin Isu Kesehatan[1]

Rachmad A. Pua Geno

Masa kampanye pemilu legislatif yang dimulai sekitar akhir tahun lalu akhirnya berakhir juga. Masyarakat kini menunggu tanggal 9 April 2009, sebagai momentum memilih wakilnya yang duduk sebagai anggota dewan. Baik ditingkat Kab/Kota, Provinsi, Pusat maupun anggota DPD. Masyarakat sangat dinanti berpartisipasi menyalurkan hak suaranya, tidak hanya bahwa pemilu ini menghabiskan dana trilyunan

[1] Dimuat dalam Harian Radar Surabaya Edisi 1 April 2009 dengan judul yang sama

rupiah, tapi momen ini dianggap sebagai momen perubahan dan perbaikan. Maka tidak berlebihan, ketika grup COKLAT mengeluarkan single khusus pemilu “5 MENIT UNTUK 5 TAHUN”.

Namun, benarkah pemilu 9 April nanti ada momen perubahan bagi nasib bangsa yang masih terpuruk ini. Satu hal yang mudah untuk menilainya adalah mengamati sepak terjang partai politik dan para calon legislatif selama menjalani kampanye. Sebelum kampanye terbuka, para parpol dan caleg berlomba mengenalkan partai dan caleg dengan cara masif, seperti memasang spanduk, baliho dan sejenisnya. Mungkin karena media yang terbatas itu, pesan yang disampaikanpun sangat singkat. Mengenalkan nomer urut, nama lengkap, foto ditambah dengan sedikit kata-kata heroik.

Sementara, jenis kampanye terbuka didominasi dengan model kampanye pengerahan massa, seperti rapat terbuka yang diselingi dengan hiburan musik atau dengan cara mengadakan kegiatan sosial. Sebut saja salah satunya pengobatan massal.

Bersyukur, model kampanye masih tertolong dengan siaran program pemilu di tv yang lebih berbobot. Mengajak para parpol untuk berbicara panjang tentang sebuah program. Namun, sayangnya tidak seluruh parpol yang muncul, lebih didominasi oleh parpol “besar”. Itupun, pada isu-isu seputar ekonomi dan politik. Sementara isu tentang kesehatan sangat minim dibicarakan.

Bilapun dibicarakan, terbatas pada masalah yang tidak fokus pada masalah pemberdayaan kesehatan. Isu yang sering dibicarakan adalah program pengobatan gratis bagi kaum miskin.

Melihat fenomena tersebut, bisa kita simpulkan bahwa parpol belum memiliki pemahaman yang benar terhadap bidang kesehatan. Parpol masih mengganggap bidang kesehatan adalah sektor konsumtif seperti kebutuhan pengobatan tersebut. Pemahaman ini tergolong primitif. Apalagi mereka sebagai salah satu unsur pengambil keputusan. Maka tidak mengherankan bila kebijakan yang dikeluarkan selama jarang yang pro kesehatan.

Sebagaimana dalam pedoman indeks pembangunan manusia, terdapat tiga pilar utama yang menentukan kualitas SDM yaitu taraf ekonomi, derajat kesehatan serta taraf pendidikan. Oleh karenanya, setiap parpol mestinya memiliki visi dan misi atas bidang-bidang tersebut secara gamblang.

Sebetulnya ada beberapa isu atau pikiran pokok tentang bidang kesehatan yang perlu mendapat perhatian para parpol dan para legislator terpilih. Namun terbatas ruang, kami sajikan 3 isu yang kami anggap terpenting..

Pertama; Pemerintah sejak tanggal 1 Maret 1999 telah mencanangkan visi Indonesia Sehat 2010, visi tersebut juga menjadi pendorong untuk mengembangkan Kota/Kabupaten Sehat. Gerakan Indonesia Sehat adalah

gerakan masyarakat yang berupaya secara terus menerus dan sistematis yang didukung pemerintah daerah setempat untuk meningkatkan kualitas lingkungan fisik dan lingkungan sosialnya melalui pemberdayaan potensi masyarakat (HAKLI, 1999).

Untuk mengimplementasikannya, harus ada paradigma "Kesehatan sebagai Investasi". Bila masyarakat sakit akan terjadi kerugian ekonomi (*loss economic*). Bila ada keluarga kita sakit tentu saja kita akan berupaya untuk mengobati agar segera sembuh. Dalam upaya mencari penyembuhan tersebut, tentu kita mengeluarkan biaya. Selain itu, hilangnya waktu produktif penduduk karena sakit. Bila kita sakit maka kita mengalami disabilitas selama beberapa hari. Seperti tidak masuk kerja, absen sekolah, tidak dapat bermain atau bersosialisasi ataupun setidaknya melakukan tugas keseharian. Dari pihak pemerintahpun akan mengeluarkan biaya kesehatan yang cukup tinggi bagi masyarakatnya yang sakit.

Oleh karena itu, agar mengurangi terjadinya resiko kerugian ekonomi tersebut, para legislator justru perlu berpikir menyusun program untuk menghindari agar masyarakat tidak sakit.

Inilah yang disebut program preventif dan promotif, berjuta contoh dapat disampaikan disini, tapi yang perlu diperhatikan bahwa program itu tidak melulu program fisik, tapi lebih sederhana lagi seperti program penghijauan,

pengaturan tata ruang wilayah, promosi kesehatan melalui berbagai media, dll.

Ingat peristiwa tragedi situ gintung. Semuanya itu terjadi karena aspek preventif terlupakan. Bagaimana mungkin, kawasan yang sebetulnya tidak boleh menjadi kawasan pemukiman, justru dihuni ribuan orang. Artinya setiap kebijakan pemerintah selalu memikirkan aspek kesehatan masyarakat, sehingga bisa menghasilkan *healthy public policy*.

Adagium yang menyebutkan *"Health is not everything, but without health, everything is nothing"* merupakan cerminan dari urgensitas kesehatan dalam suatu pengembangan masyarakat, karena jelas betapa besar *return on investment*-nya. Oleh sebab itu, kewajiban para legislator untuk melakukan investasi terhadap kesehatan.

Alokasi anggaran kesehatan, baik dipusat maupun Kab/Kota masih rendah. Kesehatan masih dianggap sebagai sektor tidak produktif *(cost centered)*, sehingga cukup diberi anggaran kecil. Namun ironisnya, sektor kesehatan (Rumah Sakit dan Puskesmas) dijadikan 'sapi perahan' untuk menggenjot pendapatan.

Kedua; Mengupayakan program jaminan kesehatan nasional (JKN) bagi penduduk. Seiring dengan diberlakukannya UU Sistem Jaminan Sosial Nasional, pemerintah berupaya untuk mampu menyediakan dana program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Penduduk yang

diambil dari APBN. Tidak terbatas pada masyarakat miskin saja, tapi lebih meluas cakupannya. Karena bagaimanapun juga seluruh masyarakat haruslah mendapat jaminan kesehatan, sebagaimana tercantum dalam amandemen UUD '45.

Dalam hal ini, tidak ada satupun parpol dan caleg yang mengangkat isu ini sebagai isu kampanye. Mereka kurang paham atau mungkin masa bodoh ? Tidak salah, bila salah satu NGO, Gerakan Anti Pemiskinan Rakyat Indonesia mengkampanyekan mencari parpol, caleg bahkan capres yang memperjuangkan jaminan kesehatan bagi semua. (www.gapri.org).

Sejatinya JKN adalah model pendanaan kesehatan universal, sistem perawatan kesehatan preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif yang berkualitas namun terjangkau. Dibanyak negara, isu JKN adalah isu populer untuk memperoleh dukungan pemilih, karena JKN merupakan strategi penting dalam menopang pertumbuhan ekonomi.

Sedikit data dari ILO, pada tahun 2007, JKN di Indonesia baru dinikmati 43,2 persen penduduk. Jamsostek mengelola 3,1 juta jiwa, Askes mencakup 15,6 juta pserta, sedangkan Jamkesmas menanggung 74,6 juta jiwa. Artinya.58,6 persen atau sekitar 115 juta jiwa di Indonesia belum memperoleh jaminan kesehatan. Akibatnya, mereka harus bayar sendiri biaya kesehatannya bila sakit. Sementara musibah sakit, tidak mengenal usia, golongan dan suku. Bagi

mereka yang kelas menengah saja, bila sakit beberapa hari, tidak kurang puluhan juta harus dikeluarkan.

Saat ini, pelaksanaan SJSN belum menemui titik terang. Pada titik inilah, mestinya para parpol dan caleg berani bersuara bagaimana strategi mereka memperjuangkan salah satu poib SJSN, yaitu JKN dapat terwujud. Sayangnya, suara parpol dan caleg “Nyaris Tak Terdengar”.

Ketiga; Para legislator juga perlu mengerti tentang peran puskesmas sebagai pusat pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan. Sesuai dengan maksud dan tujuannya, fungsi dan peran puskesmas harus lebih menitikberatkan sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan di kecamatan, menumbuhkan pemberdayaan masyarakat dan keluarga di bidang kesehatan masyarakat. Namun, selama ini puskesmas tidak lebih dari sebuah “miniatur RS”, dengan hanya menitikberatkan pada fungsi pengobatan.

Harus ada pemisahan yang jelas antara fungsi puskesmas sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan dengan fungsi RS sebagai pusat pengobatan. Puskesmas hendaknya tidak terlalu dibebani dengan fungsi pengobatan. Puskesmas lebih cocok untuk merangsang bagaimana agar penduduk tetap sehat dengan pemberian pendidikan kesehatan, bukannya menunggu penduduk sakit kemudian diobati.

Penerapan Kondom 100% di Surabaya[1]

Agung Dwi Laksono

Seperti halnya upaya penerbitan majalah Playboy versi Indonesia yang banyak menuai kecaman, demikian pula upaya sosialisasi pemakaian kondom. Bahkan salah satu pembaca menuduh upaya tersebut sebagai salah satu upaya liberalisasi sex. Mengerikan, tuduhan yang bukan main pedasnya di sebuah negeri yang sarat dengan adat ketimuran. Tuduhan yang bertolak belakang dengan tujuan

[1] Dimuat dalam Harian Pagi Jawa Pos Edisi Jum'at 3 Februari 2006 dengan judul yang sama.

dari upaya yang sangat mulia, meredam berjangkitnya HIV/AIDS lebih lanjut.

HIV/AIDS di Surabaya

Data pasien AIDS di Surabaya mencatat bahwa telah terjadi peningkatan pada pasien heteroseksual daripada pasien yang homoseksual, beberapa bayi juga telah terinfeksi HIV dari ibunya, juga telah terjadi penularan pada pecandu narkoba lewat pemakaian jarum suntik bersama. Bahkan pada pendonor darah (yang dapat diasumsikan sebagai anggota masyarakat dengan perilaku seksual berresiko rendah) juga sudah ditemukan adanya paparan HIV/AIDS. Berdasarkan data tersebut membuktikan bahwa di Surabaya penularan HIV/AIDS telah melalui beberapa cara, baik melalui hubungan homoseksual, heteroseksual, jarum suntik pada pecandu narkoba, transfusi komponen darah, juga dari yang terinfeksi HIV kepada bayi yang dilahirkannya. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa epidemi HIV/AIDS di Surabaya bukan berada pada tahap awal lagi, tetapi sudah dalam tahap yang lebih lanjut.

Upaya Penanggulangan AIDS

Belajar dari pengalaman negara lain dalam penanggulangan AIDS, para aktifis dari kalangan Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) mencoba dengan beragam upaya penanggulangan HIV/AIDS. Mulai dari pemeriksaan

rutin kepada pekerja seks komersial (PSK), sosialisasi penggunaan kondom, penyuluhan masalah HIV/AIDS pada golongan rentan (mulai dari lokalisasi, PSK, pelanggan seks komersil, homoseks, anak buah kapal, sampai para pecandu narkoba lewat alat suntik). Juga telah dilakukan penyuluhan kepada golongan masyarakat lainnya. Selain itu telah dilakukan skreening menyeluruh atas darah donor oleh Palang Merah Indonesia Cabang Surabaya. Beberapa LSM juga melakukan upaya konseling serta pendampingan pada pasien HIV/AIDS.

Dari beragam upaya yang dicoba dilakukan oleh berbagai negara, terlihat adanya penurunan angka HIV/AIDS yang cukup signifikan pada upaya penanggulangan yang menekankan pada upaya pemakaian kondom 100%. Thailand adalah salah satu contoh negara tetangga yang sukses menerapkan upaya ini. Maka tidak salah jika para aktifis penanggulangan HIV/AIDS di Surabaya mencoba mengambil pelajaran dari pengalaman tersebut dengan promosi pemakaian kondom 100% dengan salah satunya menempatkan mesin ATM kondom di beberapa tempat.

Upaya promosi pemakaian kondom 100% ternyata menuai reaksi beragam, yang paling keras adalah menentang upaya promosi ini, bukan hanya para ulama dan kaum santri, bahkan masyarakat awampun menilai upaya ini sebagai upaya janggal yang merusak moral bangsa. Upaya yang dianggap kebarat-baratan dan merusak mental generasi muda, dan bahkan dianggap sama dan sejajar

dengan upaya penerbitan majalah bacaan pria dewasa ala barat ‘Playboy’ sebagai upaya liberalisasi seks.

Stigma HIV/AIDS

Mencoba memahami reaksi masyarakat tersebut, kita bisa melihat sejarah perjalanan HIV/AIDS di Indonesia. Datang pertama kali HIV/AIDS diberi label sebagai penyakit kaum homoseksual (termasuk waria), kaum yang melakukan perilaku seks menyimpang. Bahkan saat itu ada yang mencoba mengidentikkan kepanjangan AIDS sebagai Akibat Intim Dengan Sesama.

Setelah beberapa lama HIV/AIDS berkembang menjadi penyakit kaum berperilaku seks menyimpang lainnya, pekerja seks komersil. Kemudian tahap selanjutnya HIV/AIDS berkembang lagi menjadi penyakit kaum pecandu narkoba (terutama yang lewat suntik).

Dengan upaya penggiringan ‘opini’ penyakit HIV/AIDS sebagai penyakit orang yang berperilaku minor, nyleneh, dan perilaku seks yang tidak sesuai norma, membuat masyarakat terbuai dengan stigma tersebut. Masyarakat yang tidak berperilaku seperti uraian diatas, tidak mendekati perbuatan menyimpang tersebut, akan merasa aman, dan tidak akan takut terjangkiti penyakit yang sampai saat ini belum ditemukan obatnya.

Masyarakat yang terlanjur memegang teguh stigma tersebut menjadi terperangah dan protes keras, ketika tiba-tiba ada upaya promosi kondom di area publik untuk pencegahan meluasnya penyakit HIV/AIDS. *'Memangnya kami ini apa? Kami orang baik-baik! Kami tidak pernah melacur! Kami tidak pernah pake narkoba! Jangan samakan kami dengan para penyimpang itu!'*. Kental sekali anggapan masyarakat bahwa penyakit ini merupakan kutukan Tuhan atas beragam perilaku menyimpang yang telah dilakukan.

Tanggapan PSK

Di kalangan PSK pun langkah promosi kondom 100% kurang begitu populer. Menurut Pranata (2005) dalam penelitiannya yang dilakukan di lokalisasi legendaris Dolly dan Jarak, pengakuan responden (PSK) menunjukkan pemakaian kondom oleh pelanggan mereka hanya sekitar 50% saja, itupun ada yang tidak dipakai sejak awal berhubungan.

Untuk pemakaian kondom, para PSK memang tidak mempunyai daya tawar sama sekali atas para tamunya. Bila pelanggan tidak mau memakai kondom, para PSK hanya bisa menerima dengan pasrah, meskipun sebenarnya mereka (PSK) sudah tahu akan resiko bila tidak memakai kondom (ini berkat kegigihan para LSM mensosialisasikan bahaya HIV/AIDS dan cara penularannya). Para PSK mengatakan mereka lebih takut mati kelaparan daripada terjangkit HIV/AIDS.

Lebih lanjut, dalam penelitian tersebut hampir separo responden menyatakan bahwa pemakaian kondom dapat memperpanjang waktu tamu mencapai orgasme, sehingga pelayanan ditinjau dari segi tenaga dan waktu menjadi kurang efisien bagi PSK.

Pada akhir penelitian, akhirnya peneliti memberi saran '*Mengingat pemakaian kondom untuk mencegah terjadinya penularan penyakit masih belum memuaskan walau berbagai pendekatan telah dilakukan oleh LSM, Pemerintah dan organisasi yang perduli lainnya, maka perlu segera diterapkannya* ***law enforcement*** *berkaitan dengan penggunaan kondom ini'*.

Sebuah temuan menarik yang layak dijadikan sebagai rujukan.

Sikap Ambigu Pemerintah

Realitas di lapangan, lokalisasi di Surabaya cukup banyak. Bangunsari, Kremil, Gunung Kembar, Jarak dan Doly. Disamping itu ada tempat mangkal yang "tidak resmi" seperti di jalan Panglima Sudirman, Diponegoro, Kembang Kuning, Wonokromo, Jagir, daerah pelabuhan Tanjung Perak dan tempat-tempat lain yang dikamuflase sebagai panti pijat.

Bertolak belakang dengan realitas tersebut, bila pemerintah kota Surabaya ditanya tentang keberadaan lokalisasi, mereka akan menjawab tegas ‘Tidak ada!!’, tidak salah memang, karena secara ‘resmi’ tidak ada lokalisasi yang dilegalkan oleh Pemkot Surabaya.

Sikap ambigu Pemkot inilah yang menyulitkan upaya penerapan kondom 100% dengan *law enforcement* sebagai upaya penanggulangan HIV/AIDS di Surabaya. Pemkot harus bisa memilih salah satu. Me’legal’kan lokalisasi tersebut, atau kalau tidak, justru membubarkan lokalisasi tersebut, dengan konsekuensi yang harus ditanggung oleh Pemkot.

Membubarkan, berarti Pemkot harus berhadapan dengan beragam kepentingan, tidak hanya kepentingan para mucikari, PSK, dan tukang parkir yang ada di lokalisasi tersebut, tapi juga kepentingan-kepentingan oknum yang memperoleh keuntungan dari keberadaan lokalisasi tersebut. Selain itu dampak sosial yang harus ditanggung Pemkot, karena para PSK tersebut akan menempatkan dirinya tersebar di jalanan. Kondisi yang tidak menguntungkan, karena berarti daerah penyebaran HIV/AIDS menjadi tersebar merata di seluruh wilayah Surabaya.

Me’legal’kan, berarti Pemkot harus siap berhadapan dengan beragam protes keras dari masyarakat, ulama, ormas, dan seluruh elemen masyarakat di Surabaya. Tetapi, dengan menanggung semua kecaman dan hujatan, Pemkot dapat menerapkan pemakaian kondom 100%, menekan para

PSK di lokalisasi dan mucikarinya dengan *law enforcement*. Memberikan sanksi dan menutup wismanya bila kedapatan tidak memakai kondom. Dan upaya-upaya pengontrolan secara hukum lainnya.

Seperti makan buah simalakama memang, tapi Pemkot harus bersikap tegas, memilih salah satu! Sehingga arah kebijakan pemberantasan HIV/AIDS di Surabaya dapat segera dilakukan dengan jelas. Sekaranglah waktunya memilih!

Cegah HIV/AIDS Selamatkan Bangsa[1]

Oryz Setiawan

Hingga detik ini penyakit HIV/AIDS masih menjadi sesuatu yang menakutkan bagi masyarakat meski sosialisasi dan penyuluhan di berbagai media sangat gencar, bahkan kini sudah banyak ODHA (Orang Dengan HIV/AIDS) acapkali tampil sebagai narasumber dalam berbagai kesempatan acara seminar atau diskusi publik. Namun seiring dengan berjalannya waktu, pemahaman masyarakat

[1] Dimuat dalam Harian Bhirawa Edisi 27 November 2013 dengan judul yang sama.

tentang kehebohan HIV/AIDS sudah mulai berubah, berbeda dengan kondisi sekitar 2-3 dasawarsa yang lalu, penyakit HIV/AIDS kini sudah tidak menjadi momok yang menakutkan bak monster pembunuh bagi pengidap terutama di wilayah perkotaan (urban). Namun demikian, bila melihat sisi perkembangan penyebaran dan jumlah kasus yang terus meningkat kita patut kawatir dan cemas, bila tidak ada upaya yang serius dan masif untuk menekan laju penularan terutama kini mulai perkembang pada kelompok rentan seperti perempuan dan anak-anak. Dewasa ini tingkat perkembangan penyakit HIV/AIDS di Indonesia dinilai telah mencapai taraf yang mengkawatirkan.

Laporan Kementerian Kesehatan RI dalam rentang Januari hingga Juni 2013 terdapat kasus HIV sebanyak 10.210 orang dan kasus AIDS sebanyak 780 orang sehingga total HIV 1 April 1987 hingga 30 Juni 2013 sebanyak 108.600 kasus, AIDS sebanyak 43.667 kasus dengan 8.340 kematian. Laporan UNAIDS menyebutkan bahwa Indonesia merupakan salah satu negara di Asia yang pertumbuhan kasus HIV/AIDS relatif cepat. Kondisi tersebut menunjukan bahwa proporsi kasus AIDS pada semua level umur mengalami peningkatan yang sangat signifikan bahkan cenderung *'case booming'* sehingga inilah yang melatarbelakangi peringatan Hari AIDS Sedunia, 1 Desember yang mengusung tema "Cegah HIV dan AIDS! Lindungi Pekerja, Keluarga dan Bangsa" dengan Sub tema yaitu 1) Pencegahan HIV & AIDS di Lingkungan Kerja, 2) Meningkatkan kinerja dunia usaha, masyarakat dan

pemerintah serta melindungi kesehatan keluarga menuju kesejahteraan bangsa, 3) Perlindungan terhadap hak untuk mendapatkan akses, serta 4) menciptakan lingkungan yang kondusif, bebas stigma dan diskriminasi.

Pada tahun ini, memang secara khusus peringatan Hari AIDS Sedunia (HAS) tahun 2013 akan berfokus pada pencegahan infeksi baru melalui penguatan keluarga dan perlindungan terhadap pekerja. Konsep "Getting to Zero: Zero New HIV Infection. Zero Discrimination. Zero AIDS-related death" tetap diusung sebagai panduan dan acuan dalam pelaksanaan peringatan HAS karena memang ada sasaran yang yang ingin dicapai adalah konsep ini. Genderang perang terhadap HIV/AIDS harus selalu ditabuh, mulai dari sisi peraturan, kebijakan hingga standar tata laksana kasus, terutama dalam aspek pencegahan (preventif) atau mencegah sedini mungkin setiap probabilitas resiko penularan. Selain itu HIV/AIDS tidaklah dipandang sebagai masalah kesehatan an sich namun sudah menjadi 'komoditas sosial' maupun 'entitas budaya' berupa perilaku manusia yang kurang mengindahkan kaidah-kaidah dan prinsip-prinsip kesehatan. Apalagi kecenderungan timbulnya masalah kesehatan (penyakit) kini bermula dari perilaku hidup yang tidak sehat seperti gaya hidup hedonis seperti berganti-ganti pasangan, jeratan narkoba, kebiasaan yang negatif dan tidak sehat hingga keteledoran atau ketidaksengajaan seperti (pisau cukur yang bergantian atau resiko penularan bagi petugas kesehatan) misalnya. Di sisi

lain, substansi makna yang terkandung dalam tema tersebut adalah bagaimana mengerahkan segala upaya, setiap lini, lintas sektor hingga aspek tata laksana medis penanganan kasus. Intinya dari hulu hingga hilir semua pihak berperan dan memerankan fungsi tugas masing-masing dalam rangka mencegah, mendeteksi, upaya penanganan terhadap kasus HIV/AIDS maupun meminimalisasi penularan virus mematikan tersebut.

Sulit Dibendung?

Harus diakui bahwa laju penularan HIV-AIDS hampir pasti tak dapat dibendung, mengapa? Setidaknya ada beberapa alasan antara lain : pertama, masalah HIV/AIDS bukan hanya domain wilayah kesehatan semata namun telah bermetafora dan berdifusi dengan sektor lain yang semakin kompleks. Berbicara AIDS kini tak lagi hanya seputar penyakit, kelompok berresiko (PSK, lesbian, homo, penasun dan lain-lain) namun telah menjadi problem nasional. Isu HIV-AIDS kini tak pelak menjadi isu yang strategis dan mendasar pada bangsa ini seperti halnya kelangkaan energi (BBM), krisis pangan, bahkan seekstrim terorisme. HIV/AIDS adalah salah satu bentuk "terorisme kesehatan" dimana juga dapat memakan korban yang memiliki efek mematikan. Oleh karena itu upaya penanganannya mutlak membutuhkan kerjasama lintas sektor, terintegrasi dan holistik semua pihak. Sekali lagi kesehatan merupakan muara dari dampak penyakit HIV/AIDS.

Kedua, eksistensi HIV/AIDS terkait langsung dengan kebiasaan dan gaya hidup yang tidak sehat terutama perilaku seksual yang tidak sehat, penggunaan jarum suntik narkoba dan lain-lain yang disebut dengan kelompok berresiko. Jumlah kelompok tersebut (masih) cenderung meningkat, tren penularan tinggal menunggu waktu. Kondisi tersebut diperparah dengan kecenderungan meningkatnya kasus pada ibu hamil, ibu menyusui yang pada akhirnya menular pada bayi dan anak-anaknya. Ketiga, dampak iklim globalisasi ikut menentukan pola hidup dan perilaku masyarakat yang kian cenderung permisif dan hedonis. Di sisi lain aspek moralitas dan religiusitas kian tercampakkan padahal disinilah sesungguhnya "obat" yang pertama dan utama untuk mencegah laju penyebaran HIV-AIDS. Keempat, (masih) minimnya aksi dan dukungan nyata dalam kampanye dan gerakan anti AIDS. Ironisnya gerakan anti AIDS lebih terjebak dalam upaya mencegah penularan penyakit semata seperti kampanye kondom atau kondomisasi masih perlu dipertanyakan terutama dalam upaya efektivitas penularan HIV-AIDS. Kondomisasi hanyalah untuk menghindari kelompok berresiko dalam penularan, padahal kelompok yang tidak beresiko lebih mendominasi sehingga takpelak lagi bahwa upaya kondomisasi adalah justifikasi untuk melegalkan hubungan seksual tanpa ikatan yang sah.

Gus Dur dan Reformasi Kesehatan[1]

Rachmad A. Pua Geno

Sudah lewat beberapa bulan, Gus Dur meninggalkan tanah air yang dicintai untuk selamanya, namun perbincangan tentang pemikiran dan ucapan beliau terus berlanjut. Salah satunya yang cukup jarang dibicarakan adalah saat menjabat Presiden RI, “Kalau mau menuruti kata hati, Departemen Kesehatan (Depkes) akan saya hapus”. Pernyataan itu muncul, seiring dihapuskannya Departemen

[1] Dimuat dalam Harian Surya Edisi Februari 2010 dengan judul yang sama

Penerangan yang dulunya jadi alat propaganda penguasa dan tindakan pembredelan pers saat jaman orde baru.

Pernyataan membubarkan Depkes –kini berubah istilah menjadi Kementerian Kesehatan-, sangat mengejutkan karena tidak satupun pernyataan sebelumnya yang berpikiran untuk membubarkan Depkes. Namun bila kita kaji lebih mendalam, pernyataan Gus Dur tersebut ada benarnya. Selama ini, khususnya pada era orde baru, peran Depkes, alih-alih mengurusi masalah orang sehat, tapi justru asyik sebagai Departemen Kesakitan, bahkan ada yang lebih ekstrim lagi sebagai Departemen Kantong Mayat..

Potret Bopeng Depkes

Meski saat pemerintahan Habibie, tepatnya 15 September 1998, Depkes RI telah memperkenalkan paradigma baru dalam pembangunan kesehatan yaitu Paradigma Sehat untuk menggantikan paradigma sakit yang selama ini diterapkan. Paradigma sakit mempunyai cara pandang dalam upaya kesehatan yang mengutamakan upaya kuratif dan rehabilitatif. Hal ini menjadikan kesehatan sebagai suatu yang konsumtif. Sehingga menempatkan sektor kesehatan dalam arus pinggir (*side stream*) pembangunan (Does Sampoerna, 1998).

Dengan paradigma sehat, pemerintah berupaya mereorientasi pembangunan kesehatan. Penanganan kesehatan penduduk lebih dititikberatkan pada pembinaan

kesehatan bangsa (shaping the health nations) bukan sekedar penyembuhan penyakit, namun termasuk pencegahan penyakit, perlindungan keselamatan, dan promosi kesehatan.

Namun, upaya ini hanya sebatas wacana. Paradigma sakit masih menjadi panglima bagi Depkes, akibatnya kesehatan dipandang sebagai sektor konsumtif, tidak sebagai investasi. Anggaran untuk sektor kesehatan hanya sekitar 2-3% dari total belanja negara. Kesehatan hanya dilihat sebagai sektor kesejahteraan yang dinilai menjadi beban biaya. Keberadaan Depkes masuk dalam koordinasi bidang kesejahteraan rakyat (Kesra). Karena itulah, keberadaan Depkes hanya dibutuhkan pada saat pembicaraan tentang wabah, bencana, dan segala hal yang terkait dengan 'pengobatan dan pemulihan' an sich. Dari sinilah sebutan "Departemen Kantong Mayat" mulai mengemuka. Tidak pernah terdengan, Depkes bicara tentang human capital dan program investasi.

Banyaknya kasus Kejadian Luar Biasa (KLB), seperti Demam Berdarah, Malaria, Antraks, Flu Burung dll, menunjukkan ketidaksiapan dan sikap reaktif Depkes dalam mengantisipasi persoalan kesehatan masyarakat.

Reformasi Depkes

Ungkapan Gus Dur tentang Depkes tersebut begitu genuine, Gus Dur bersikap bahwa masalah kesehatan

mestinya dikembalikan pada masyarakat (masyarakat sebagai subyek). Kini, selang sekitar sepuluh tahun pernyataan Gus Dur tersebut, banyak pemikir kesehatan mendorong agar Depkes segera berbenah.

Setidaknya bisa berawal dari sebuah kajian tentang redefinisi sehat dan kontribusi Depkes terhadap pembangunan kesehatan serta kaitannya dengan perubahan kebijakan yang ada.

Dari pokok pikiran, redefinisi sehat dan pembangunan kesehatan. Sudah ada pengakuan nyata bahwa sehat sebagai investasi untuk pembangunan nasional. Karena itu, tugas bidang kesehatan adalah menyehatkan rakyat dan menyembuhkan sebagian yang sakit agar kembali sehat. Semua itu memerlukan kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk bersikap bahwa fokus perubahan ke arah promotif/preventif.

Sementara lingkup sehat tidak hanya monopoli dari urusan Depkes. Perlu ada kesadaran nyata bahwa sehat adalah urusan banyak sektor. Setiap sektor mempunyai dampak terhadap "sehat". Data riset kesehatan dasar tentang proporsi sebab kematian umur 15-44 untuk jenis kelamin laki-laki menempatkan kecelakaan lalu lintas pada urutan pertama. Sementara, perilaku yang menuntun berlalu lintas yang sehat, perlu keterlibatan aktif berbagai pihak, mulai kepolisian, kementerian perhubungan, dan pemerintahan lokal setempat.

Persoalan tetap tingginya angka kematian ibu dan bayi melahirkan di Indonesia (masih tertinggi di ASEAN), menjadi bukti nyata lain bahwa persoalan kesehatan menjadi bagian pekerjaan dari semua komponen pemerintah.

Belum lagi bila kita membicarakan tentang isu global warming, modernisasi kehidupan, dan beban ganda. Semakin membuat bidang kesehatan (Depkes) harus merubah diri. Dunia kini semakin datar, Depkes harus lebih proaktif dan adaptif terhadap segala perubahan. Organisasi kesehatan harusnya menjadi "social engineering" (Purnawan Junaidi, 2009).

Sementara dari aspek kebijakan dan peraturan. Dalam UU Otoda, jelas disebutkan bahwa kewenangan urusan kesehatan ada sepenuhnya di Kabupaten/Kota. Dalam PP 38/2007, pasal 18 jelas disebutkan tugas Depkes adalah membina, membimbing, supervisi, konsultasi, memonitoring dan evaluasi, pendidikan dan pelatihan dan kegiatan pemberdayaan lain. Sementara UU No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, dengan lantang menyebut bahwa kesehatan adalah hak dan kewajiban rakyat.

Kini saatnya, Depkes perlu bersikap lebih jelas apakah melakukan fungsi pembinaan (steering) daripada fungsi pelaksana (rowing). Sebagaimana David Osborne berucap dalam bukunya Reinventing Government, pemerintah yang melakukan fungsi steering sekaligus rowing adalah bukan pemerintahan yang baik.

Kini banyak pihak menunggu, bagaimana bentuk reformasi kesehatan yang ditunjukkan oleh Depkes. Bila tidak ada hasil, maka pernyataan Gus Dur diawal tulisan ini layak untuk dipertimbangkan

Revitalisasi Posyandu, Bukan untuk Basa-Basi[1]

Rachmad A. Pua Geno

Beberapa waktu lalu, Dinas Kesehatan (Dinkes) Kota Surabaya merilis berita tentang ditemukannya 77 kasus balita gizi buruk pada bulan Januari hingga pertengahan Maret 2006. Ditengarai hal ini diakibatkan karena kekurangsadaran warga terhadap peran Posyandu. Dari sekitar 2.726 posyandu yang tersebar di Surabaya, hanya 44

[1] Dimuat dalam Harian Surya Edisi Maret 2006 dengan judul yang sama.

persen dari 232.110 balita yang berkunjung ke posyandu pada bulan Januari lalu.

Padahal posyandu melaksanakan berbagai kegiatan yang sangat strategis bagi peningkatan derajat kesehatan ibu dan anak. Kegiatan tersebut mulai dari pemberian nutrisi (penimbangan berat badan dan PMT), pemeriksaan ibu hamil dan imunisasi TT, program KB, program imunisasi dasar bagi balita/anak serta program pengontrolan diare. Faktanya, justru ironis, posyandu kurang dimanfaatkan oleh warganya dengan berbagai alasan. Mencermati hal ini, hanya satu kata yang disampaikan Dinkes Kota Surabaya yaitu perlunya "Revitalisasi Posyandu".

Namun, sampai dengan saat ini wacana tentang revitalisasi posyandu mengalir begitu saja tanpa arah, belum ada konsep yang baku untuk memperbaiki hal ini. Tulisan ini akan sedikit memberi gambaran tentang konsep revitalisasi posyandu. Untuk mengulas ini, ada baiknya kita mengenal *raison d'atre* Posyandu kurang berfungsi dengan baik.

Pertama; Selama ini struktur posyandu terikat dengan organisasi formal dan semi formal yang bersifat hirarkis dan membelenggu gerak posyandu. Akibatnya, kader yang aktif di posyandu di dominasi oleh para kelompok elit yang mempunyai relasi jabatan dalam organisasi di kampung. Para ibu RT beserta perangkatnya banyak bertindak sebagai kader posyandu.

Sepintas tidak ada yang salah dalam hal ini, namun dari model pengkaderan semacam ini berdampak pada partisipasi masyarakat dalam posyandu. Partisipasi yang terjadi bukanlah partisipasi spontan, melainkan bentuk kepatuhan warga terhadap petinggi di kampung. Padahal di awal, masyarakat secara keseluruhan diharapkan berperan aktif dalam kegiatan posyandu.

Sebenarnya kondisi ini tidak lepas dari pola sentraliasi yang diusung oleh orde baru. Situasi politik saat itu mengembangkan budaya 'asal bapak senang', manajemen 'sapu lidi', demokrasi semu, dll.

Kedua; Akibat dari pola struktur manajemen posyandu tersebut, pengkaderan posyandu tidak berjalan efektif. Selama ini kader-kader yang juga para petinggi di tempatnya seakan tidak mempunyai pilihan selain aktif di posyandu. Sementara warga yang lain, kurang diberi rangsangan/akses untuk berperan aktif di posyandu. Akhirnya, mereka lebih sibuk dengan urusan hariannya. Kalaupun ada kader dari 'luar' petinggi, biasanya angka dropnya lebih tinggi. Pendek kata, selama ini orang-orang yang terlibat aktif di kegiatan posyandu cenderung eksklusif.

Ketiga; Kondisi ini lebih diperparah lagi dengan adanya pengambilalihan fungsi peran masyarakat oleh petugas puskesmas. Teorinya, dalam kegiatan posyandu, staf puskesmas hanyalah 'pembantu', sedangkan tanggung jawab atas pelaksanaan tetap dipegang oleh kader. Namun

kenyataannya justru terbalik, Posyandu dilaksnakan sesuai dengan kepentingan staf puskesmas dan bukan sesuai kebutuhan masyarakat. Contoh konkretnya adalah masalah penjadwalan kegiatan, selama ini kegiatan posyandu identik dengan kegiatan di pagi hari dimana menyesuaikan dengan jam kerja staf puskesmas. Jarang kita dengar kegiatan posyandu dilaksankan pada sore atau malam hari.

Contoh lainnya adalah saat pelaksanaan kegiatan, para kader hanya diberi porsi dalam kegiatan penimbangan berat badan dan pemberian nutrisi berupa PMT. Fungsi sebagai pengelola, administrator, edukatif semunnya diambil alih oleh staf psukesmas.

Keempat; Berbagai kondisi diatas, juga dipengaruhi oleh sikap ibu yang kurang menghargai posyandu tanpa kehadiran tenaga kesehatan. Mereka justru berpendapat praktek yang bersifat medis teknis justru esensi kegiatan posyandu. Sementara kegiatan penyuluhan dan sejenisnya tidak begitu penting. Dampaknya, para kader posyandu justru 'kurang dihargai' oleh para ibu yang hadir. Hal ini disebabkan karena dominasi rezim medis yang begitu kuat mencengkeram masyarakat dalam belenggu medis (baca ; pengobatan).

Mencermati telaah diatas, dalam konsep revitalisasi posyandu yang harus dilakukan adalah memotong berbagai permasalahan yang timbul dengan menempatkan posyandu sesuai porsi dan perkembangan jaman. Untuk itu, ada

beberapa yang hal yang bisa menjadi *entry point* dalam revitalisasi posyandu.

Pertama; reformasi struktural manajemen posyandu. Dominasi yang kuat dari staf puskesmas harus segera diakhiri. Konsep program posyandu adalah program masyarakat perlu ditumbuhkan lagi. Untuk itu, langkah awal revitalisasi posyandu adalah dengan mengembalikan posyandu pada *khittah*-nya. Biarlah para kader posyandu menjadi actor utama dalam posyandu, sementara tenaga kesehatan cukup mendampingi dan berperan sesuai dengan fungsinya. Biarlah masyarakat yang merencanakan hingga menetapkan jadwal kegiatan, staf puskesmas harusnya justru menyesuaikan jadwalnya para warga.

Untuk menjalankan reformasi ini, para stakeholder perlu dibekali dulu dengan pergeseran paradigma yang terjadi. Kalau dulu masih berpola sentralistik kini jamannya otonomi daerah yang mementingkan konsep *bottom up*, *transparency*, partisipasi dan demokratis. Selain itu, kini terjadi pergeseran paradigma sakit ke paradigma sehat yang lebih berorientasi kepada upaya bagaimana mencegah dan meningkatkan kesehatan.

Kedua; dalam merealisasikan dan mendukung hal tersebut, hal yang harus dibenahi adalah format pengkaderan di posyandu. Kader posyandu tidaklah harus orang yang terlibat dalam lingkaran perangkat desa/kampung (petinggi). Seluruh warga kampung harus

diberi akses yang luas dan sama untuk berperan dalam kegiatan posyandu. Selama mereka mempunyai komitmen untuk aktif dalam posyandu, harus diberi kesempatan. Bahkan konsep Posyandu yang selalu identik dengan kaum perempuan perlu didekonstruksi. Kaum pria juga perlu diberi kesempatan untuk terlibat secara aktif dalam Posyandu.

Proses seleksi dan pembekalan kader perlu diperbaiki dan tidak asal-asalan. Dalam hal ini bisa melibatkan staf di puskesmas, organisasi lembaga swadaya atau kalangan dari perguruan tinggi untuk memberikan pembekalan sebagai kader posyandu yang mandiri. Dengan begitu, partisipasi masyarakat diharapkan lebih egaliter dan demokratis. Seiring dengan masa reformasi, bukan waktunya lagi partisipasi semu, partisipasi posyandu diwujudkan dalam konsep “dari warga, oleh warga untuk warga”.

Ketiga; Sejalan dengan fungsi dan tugas berat posyandu, sudah selayaknya pemerintah lebih menghargai peran kader posyandu dengan memberikan insentif financial yang memadai. Angka anggaran Rp 260 juta bagi 13 ribu kader posyandu yang dialokasikan DPRD Surabaya masih belum sebanding dengan hasil output dari pelayanan posyandu bila berjalan dengan baik. Apalagi bila harus dibandingkan dengan anggaran bagi segelintir anggota DPRD yang mencapai milyaran rupiah.

KPK Sehat, Rakyat Sehat[1]

Rachmad A. Pua Geno

Judul diatas, sebenanya terinspirasi dari tema peringatan Hari Kesehatan Nasional 2009. Tema sebenarnya adalah Lingkungan Sehat, Rakyat Sehat. Terasa menemukan momennya pada saat ini. Terlebih mencuatnya kasus yang terjadi antara Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK), Kepolisian dan Kejaksaan.

Merujuk pada pendekatan teori Hendrik L Blum (1974), bahwa status derajat kesehatan dipengaruhi oleh

[1] Dimuat dalam Harian Surya Edisi November 2009 dengan judul yang sama.

beberapa factor yaitu faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Faktor lingkungan sendiri tidak sebatas lingkungan fisik, namun meliputi lingkungan non fisik, seperti tata kelola pemerintahan yang baik (good governance) dan sistem peradilan hukum yang adil dan sehat, terbebas dari segala praktek korupsi, kolusi dan nepotisme (KKN).

Good Governance

Sejatinya, derajat kesehatan tidak hanya ditentukan oleh sektor kesehatan saja. Justru dapat dicapai melalui kegiatan lintas sektoral seperti ; (1) peningkatan pendidikan; (2) penyebaran informasi tentang kesehatan dan cara hidup sehat. (3) perbaikan sanitasi tempat tinggal, tempat kerja, sekolah, dan lingkungan secara umum; (4) penyediaan air bersih; (5) penyediaan makanan bergizi; (6) perbaikan sarana transportasi, penerangan dan komunikasi; (7) imunisasi dan pencegahan penyakit; (8) baru penyediaan sarana kuratif.

Kesemua kegiatan tersebut, membutuhkan pra syarat utama yaitu pengelolaan sistem yang baik (good governance). Good governance tidak terbatas pada bagaimana pemerintah menjalankan wewenangnya. Lebih daripada itu, adalah bagaimana upaya agar masyarakat dapat berpartisipasi dan mengontrol pemerintah dalam menjalankan wewenangnya dengan baik (accountable). Karena itu, tata kelola pemerintahan yang baik dipandang

sebagai “sebuah bangunan dengan 3 tiang”, yaitu transparansi, partisipasi dan akuntabilitas. (Johan Budi SP, 2009)

Kita semua menyadari ketika situasi pengelolaan pemerintahan yang syarat dengan praktek korupsi, kolusi dan nepotisme (KKN). Dampaknya sangat masif, tidak hanya kerugian uang negara, tapi rakyat turut menjadi korban. Dana pendidikan yang mestinya digunakan untuk membangun sekolah dan melengkapi fasilitas penunjang pendidikan, ternyata dikorupsi sehingga dana yang semestinya untuk meningkatkan taraf pendidikan menjadi berkurang, dampaknya angka putus sekolah gara-gara tidak ada biaya masih tinggi. Pendek kata, korupsi merupakan salah satu penyebab kerusakan negara ini.

Catatan selama tahun 2009 ini, berbagai kejadian yang terkait erat dengan masalah kesehatan masyarakat masih memprihatinkan. Situasi perekonomian yang belum stabil, angka kemiskinan meningkat, tingkat pengangguran tinggi sementara daya beli masyarakat masih rendah.

Sementara masalah kesehatan, merebaknya kembali beberapa penyakit ‘kuno’ seperti Malaria, Kusta, TB Paru, Demam Berdarah hingga kaki gajah. Munculnya kasus flu HINI dan HIN5 hingga penyebaran HIV/AIDS yang semakin tak pandang bulu. Angka Kematian Ibu dan Bayi (AKI dan AKB) juga masih tergolong tinggi di Asean. Kasus pencemaran lingkungan juga meningkat.

Situasi yang sulit, disaat situasi perekonomian yang belum stabil, derajat kesehatan masyarakat juga masih terpuruk.

Oleh karena itu, pentingnya lingkungan (sistem tata kelola pemerintahan) yang baik dan terbebas dari praktek korupsi, setidaknya dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang lebih optimal. Namun sebaliknya, bila situaasi sulit itu diperparah dengan lingkungan tata kelola pemerintahan yang penuh dengan KKN, maka status derajat kesehatan masyarakat akan lenih terpuruk.

Sistem Hukum yang Sehat

Selain lingkungan sehat berupa good governance, lingkungan sehat yang lain yang perlu diciptakan adalah sistem hukum yang sehat. Terbebas dari praktek makelar kasus yang mempermainkan putusan hukum.

Pilar penegakan hukum, mulai dari Kepolisian, Kejaksaan, Kehakiman harus menjamin dirinya bersih dan sehat dari KKN. Agar putusan yang diambil benar-benar mencerminkan rasa keadilan bagi rakyat. Rakyat yang terjamin rasa keadilannya, akan terhindar dari rasa prasangka buruk (sehat secara rohani & jiwa).

Peran Organisasi Kesehatan

Departemen Kesehatan atau organisasi kesehatan yang menjadi leader sector di bidang kesehatan harus aktif menciptakan lingkungan yang sehat bebas korupsi. Depkes harus menyadari bahwa definisi sehat adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU Kesehatan).

Depkes jangan lagi memakai 'kacamata kuda' dalam mengambil langkah kebijakan 'kesehatan'. Depkes atau organisasi kesehatan lainnya harus proaktif terlibat perumusan kebijakan yang menyangkut kepentingan masyarakat. Agar kebijakan yang dilahirkan merupakan kebijakan yang sehat. Karena derajat kesehatan dapat tercapai dari lahirnya kebijakan publik yang sehat (health through public healthy policy).

Akhirnya, harus dipahami pandangan universal bahwa Kesehatan adalah Sebuah Investasi, sebagai cerminan dari pentingnya SDM yang produktif. Munculnya Paradigma Sehat, mengartikan bahwa penanganan kesehatan penduduk dititikberatkan pada pembinaan kesehatan bangsa (shaping the health nations) dan bukan sekedar penyembuhan penyakit, namun termasuk pencegahan penyakit, perlindungan keselamatan, promosi kesehatan serta tidak kalah pentingnya senantiasa peduli terhadap masalah-masalah yang akan mengakibatkan derajat kesehatan menurun.

Hal itu menyadarkan kepada kita bahwa membina kesehatan bangsa atau menciptakan bangsa yang sehat, cerdas, trampil mau tidak mau harus memerangi praktek KKN yang mengakar kuat di bumi pertiwi ini. Untuk itu, dorongan agar KPK, Kepolisian, Kejaksaan, Kehakiman ‘bersih’ dan ‘sehat’ adalah sebuah keniscayaan.

Gizi Masyarakat

Bangsa Liliput!

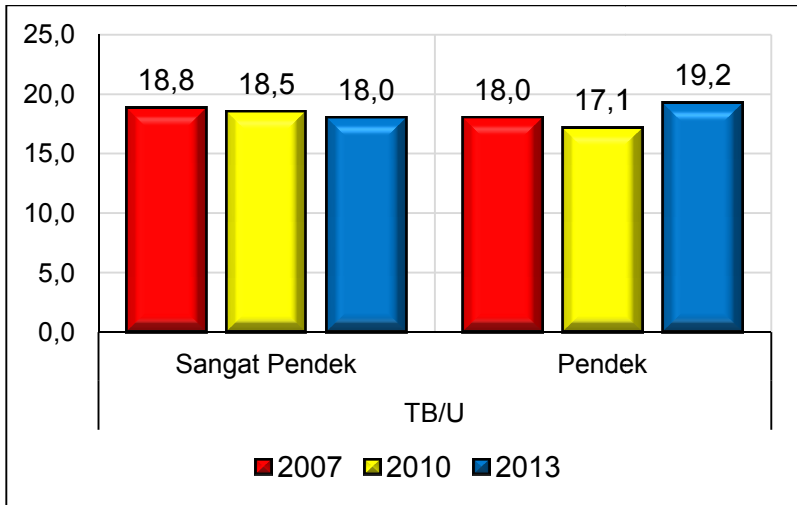
Agung Dwi Laksono

Hingar-bingar Jaminan Kesehatan Nasional pada akhir-akhir ini seakan menjadi satu-satunya hal tentang kesehatan yang memerlukan tumpuan perhatian dari semua komponen masyarakat, khususnya para pemerhati bidang kesehatan. Program asuransi sosial yang oleh masyarakat lebih popular disebut sebagai BPJS (akronim dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) ini menyita terlalu banyak perhatian dan sumber daya, yang seharusnya juga tetap dialokasikan untuk masalah lain yang cukup urgen. Kementerian Kesehatan yang mengaku lebih mengedepankan paradigma preventif-promotif pun turut larut terlalu dalam dengan euphoria JKN yang notabene penuh dengan nuansa kuratif.

Laporan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) terakhir yang dilaksanakan pada tahun 2013 seakan berlalu begitu saja tanpa dilirik sama sekali. Meski sebenarnya hasilnya sarat dengan isi yang seharusnya membuat kita waspada.

Salah satu hasil Riskesdas yang seharusnya membuat kita sebagai sebuah bangsa miris adalah proporsi angka balita pendek dan sangat pendek (*stunting*) yang mencapai angka pada kisaran 37,2%. Presentase balita pendek dan sangat pendek ini meningkat bila dibandingkan dengan hasil survei Riskesdas pada tahun 2010 yang mencapai 35,6%. Angka cukup besar yang bisa membuat kita menjadi bangsa liliput! Miris…

Topik ini sudah pernah diangkat penulis berdasarkan data Riskesdas tahun 2007. Tetapi 7 tahun telah terlewat, dan angka *stunting* tetap saja tinggi, maka penulis mengangkatnya kembali agar menjadi perhatian!

Indikator pendek dan sangat pendek pada balita dihitung berdasarkan tinggi badan menurut umur (TB/U). indikator ini menggambarkan status gizi yang sifatnya kronis, artinya muncul sebagai akibat dari keadaan yang berlangsung lama seperti kemiskinan, perilaku pola asuh yang tidak tepat, sering menderita penyakit secara berulang karena higiene dan sanitasi yang kurang baik. Pada survei Riskesdas batasan yang dipakai adalah untuk ‘sangat pendek’ *Zscore* kurang dari -3,0, ‘pendek’ *Zscore* ≥ -3,0 s/d *Zscore* < -2,0, dan untuk kategori ‘normal’ *Zscore* ≤ -2,0.

Gambar 1.
Trend Balita Stunting di Indonesia
Sumber: Badan Litbangkes, 2007, 2010 & 2013

Hasil survei Riskesdas menunjukkan bahwa 20 dari 33 provinsi di Indonesia mempunyai angka persentase di atas rata-rata angka nasional, dan persentase tertinggi ada di provinsi Nusa Tenggara Timur sebesar 51,7%. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2010), masalah kesehatan masyarakat dianggap 'berat' bila prevalensi pendek sebesar 30 – 39 persen dan 'serius' bila prevalensi pendek ≥40 persen. Masih menganggap ini bukan masalah serius???

Bila fakta ini masih belum cukup, masih ada beberapa catatan lain. Hasil Riskesdas juga mencatat bahwa rata-rata tinggi badan anak umur 5 sampai 18 tahun ada

selisih 12,5 sentimeter pada anak laki-laki, dan 9,8 sentimeter pada anak perempuan. Indikator ini dinilai berdasarkan rujukan dari WHO (2007).

Udah Pendek, Tambun Pula!

Upaya untuk menyelesaikan masalah *stunting* pada balita cukup merepotkan, pemberian makanan tambahan tidak membuat balita bertambah tinggi pada usia selanjutnya, tetapi bertambah me'lebar', atau bertambah gemuk. Tambun. Benar-benar mengarah pada liliput!

Riskesdas mencatat terjadi peningkatan obesitas (kegemukan) yang meningkat cukup tajam pada umur 18 tahun ke atas. Untuk laki-laki meningkat dari 13,9% pada tahun 2007, menjadi 19,7% pada tahun 2013. Sedang pada perempuan lebih tajam lagi, dari 14,8% pada tahun 2007, menjadi 32,9% pada tahun 2013.

Fakta ke'tambun'an ini masih ditambah lagi dengan terjadinya peningkatan obesitas sentral (lingkar perut) dari 18,8% pada tahun 2007, menjadi 26,6% pada tahun 2013. Prevalensi terbesar justru ada di ibu kota DKI Jakarta, sebesar 39,7% pada tahun 2013 dari seluruh penduduk berusia 18 tahun ke atas.

Bagaimana Mengatasinya?

Seperti diuraikan sebelumnya, untuk mengatasi masalah *stunting* tidak bisa hanya diselesaikan dengan memberikan makanan tambahan pada balita, karena justru memancing timbulnya masalah lain, obesitas.

Upaya paling rasional adalah pencegahan. Mencegah supaya generasi berikutnya tidak menjadi *stunting*. Upaya ini tidak bisa dibebankan hanya kepada Kementerian Kesehatan saja, karena penyebab sesungguhnya adalah kemiskinan, yang menyebabkan ketersediaan pangan dalam keluarga menjadi berkurang. Untuk itu penyelesaian masalah dengan pendekatan multisektoral menjadi mutlak dilakukan. Kementerian yang membidangi pendidikan, pertanian, ekonomi, sarana-prasarana dan kesehatan harus duduk bersama-sama untuk menyelesaikan hal ini.

Meski demikian, kita tidak bisa serta merta menyerahkan dan menggantungkan hal ini hanya pada pemerintah. Kita perlu secara bersama-sama sebagai bangsa menanggulangi masalah ini. Yang bisa kita lakukan jauh lebih awal lagi, mempersiapkan para remaja putri yang akan menjadi ibu bagi generasi mendatang. Setidaknya ada 3 hal yang bisa kita lakukan, pertama nikahkanlah anak perempuan kita setelah cukup umur, idealnya setelah 21 tahun; kedua, persiapkan status gizi anak perempuan kita sebelum hamil, minimal dengan lingkar lengan atas di atas 23,5 sentimeter; ketiga, persiapkan pengetahuan anak

perempuan kita tentang pentingnya kecukupan zat gizi pada saat hamil.

Sekali lagi, kita perlu secara bersama-sama harus peduli dengan masalah ini. Miris sekali… generasi penerus bangsa ini terancam menjadi bangsa liliput! Liliput yang meladeni dan menghibur bangsa lain sebagai putri saljunya. Liliput dalam dongeng *snow white* mungkin lucu, sangat lucu bahkan! Tapi kalau generasi bangsa kita yang jadi liliput??? Saya nggak ikhlas… sama sekali nggak ikhlas! Lahir bathin! Dunia akhirat!!!

Quo Vadia Hak Interpelasi Gizi Buruk dan Polio[1]

Rachmad A. Pua Geno

Seperti yang diduga sebelumnya, pelaksanaan hak interpelasi berlangsung tanpa kehadiran presiden Susilo Bambang Yudhoyono Pemerintah hanya mewakilkan kepada Menko Kesra Aburizal Bakri. Jawaban pemerintah terhadap hak DPR tersebut seakan menjadi anti klimaks dari pro kontra yang cukup hangat sebelumnya tentang siapa yang harus datang menjawab hak interpelasi ini. Pro kontra yang

[1] Dimuat dalam Harian Suara Pembaharuan Edisi Maret 2006 dengan judul yang sama

seakan 'sedikit' mengalihkan isu utama tentang tema hak interpelasi yaitu masalah penanganan kasus gizi buruk (busung lapar) dan polio.

Usul interpelasi yang dirintis sejak september tahun lalu sangat menarik dicermati. Terlebih ditengah sorotan DPR sebagai tukang stempel pemerintah, sekitar 30 anggota DPR berinisiatif mengusung masalah gizi buruk dan polio dalam bungkus hak interpelasi kepada pemerintah.

Menarik dicermati, karena ini menjadi sejarah bagi DPR periode ini yang baru kali ini menggunakan hak interpelasinya. Apalagi tema yang diambil, masalah seputar kesehatan masyarakat yang sangat jarang dibicarakan. Tak salah bila ada pertanyaan, seriuskah DPR dalam mengangkat masalah busung lapar dan polio. Apakah sekedar *move* politik atau benar-benar bentuk keberpihakan dan keprihatinan DPR.

Selama ini ada kesan kuat, bahwa pemerintah dan DPR tidak pernah sungguh-sungguh dalam upaya penyehatan penduduknya. Seperti yang diungkapkan Eko Prasetyo dalam bukunya "Orang Miskin Dilarang Sakit", negeri ini ibaratnya seperti cerita kisah negeri penuh wabah. Berbagai wabah terus melanda negeri ini. Mulai wabah Malaria, Diare, Demam Berdarah, Gizi Buruk, Polio, Flu Burung dan berbagai penyakit lainnya.

Namun setelah hak interpelasi berlangsung, sangat mengecewakan. Diawali dengan munculnya pro kontra

perlukah presiden SBY hadir, yang akhirnya berujung pada adu argumen antara kubu pemerintah di parlemen (Fraksi Demokrat dan Golkar) dan Oposisi (FPDIP). Belum lagi dengan jawaban pemerintah yang berkutat di tataran superfisial dan terkesan melepas tanggung jawab.

Bagaimana tidak melepas tanggung jawab ? Pemerintah menjawab bahwa masalah gizi buruk adalah warisan masa lalu, polio terjadi karena konsekuensi pergaulan antar komunitas bangsa adalah jawaban yang menyederhanakan masalah. Keterangan bahwa pemerintah tidak mampu berbuat banyak karena dampak dari otonomi daerah juga sangat menggelikan.

Bila mencermati rangkaian jawaban pemerintah, justru hal yang prinsip dan mendasar sepenuhnya tidak disentuh. Padahal, setidaknya ada 3 persoalan mendasar (*basic problem*) mengapa masalah gizi buruk, polio dan berbagai wabah yang terus menjadi hantu di negeri kita. Tulisan ini sedikit mengulas 3 *basic problem* tersebut.

Quo Vadis Paradigma Sehat

Saat pemerintahan Habibie, tepatnya 15 September 1998, Depkes RI memperkenalkan paradigma baru dalam pembangunan kesehatan yaitu Paradigma Sehat untuk menggantikan paradigma sakit yang selama ini diterapkan. Paradigma sakit merupakan cara pandang dalam upaya kesehatan yang mengutamakan upaya kuratif dan

rehabilitatif. Hal ini menjadikan kesehatan sebagai suatu yang konsumtif. Sehingga menempatkan sektor kesehatan dalam arus pinggir *(sidestream)* pembangunan (Does Sampoerna, 1998).

Sejatinya, pemerintah berupaya mereorientasi pembangunan kesehatan. Penanganan kesehatan penduduk lebih dititikberatkan pada pembinaan kesehatan bangsa *(shaping the health nations)* bukan sekedar penyembuhan penyakit, namun termasuk pencegahan penyakit, perlindungan keselamatan, dan promosi kesehatan. Hal itu menyadarkan kepada kita bahwa membina kesehatan bangsa atau menciptakan bangsa yang sehat, cerdas, trampil, tidak bisa dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan *an sich*.

Namun hingga kini, perubahan paradigma (*paradigm shift*) masih sangat kecil (bila tidak ingin disebut tidak ada). Kebijakan yang dikeluarkan pemerintah saat ini lebih banyak terfokus pada persoalan 'pelayanan kesehatan'. Contohnya, program 100 hari pemerintahan SBY, muncul kebijakan 'menggratiskan' biaya perawatan RS untuk kelas III bagi masyarakat miskin. Kebijakan semacam itu adalah ciri utama pemerintahan 'sakit', dimana pemerintah yang lebih berorientasi mengurusi orang sakit, sedangkan berbagai program atau kebijakan untuk 'masyarakat sehat' tidak diprioritaskan.

Semua itu karena kuatnya dominasi kelompok *status quo*, yang sulit melakukan perubahan. Institusi Depkes yang

diharapkan sebagai pelopor perubahan, justru menjadi penghambat terbesar.

Reformasi Departemen Kesehatan

Kuatnya paradigma sakit mengakibatkan kesehatan masih dipandang sebagai sektor konsumtif, tidak sebagai investasi. Anggaran untuk sektor kesehatan hanya sekitar 2-3% dari total belanja negara. Kesehatan hanya dilihat sebagai sektor kesejahteraan yang dinilai menjadi beban biaya. Keberadaan Depkes masuk dalam koordinasi bidang kesejahteraan rakyat (Kesra). Implikasinya sangat besar, keberadaan Depkes hanya dibutuhkan pada saat pembicaraan tentang wabah, bencana, dan segala hal yang terkait dengan 'pengobatan dan pemulihan' *an sich*. Jarang terdengar, Departemen Kesehatan bicara tentang *human capital* dan program investasi. Mestinya, bila kesehatan dipandang sebuah investasi, Depkes juga masuk dalam koordinasi bidang perekonomian.

Selama ini, distribusi tenaga di Depkes RI dan berbagai institusi kesehatan masih didominasi oleh tenaga yang berlatar belakang 'kesehatan murni'. Mestinya, merujuk konsep "Sehat Tanggung Jawab Semua", Depkes haruslah membuka kesempatan yang sama bagi tenaga-tenaga lain yang berguna di Depkes, mulai dari ekonom, *politician*, sosiolog bahkan sampai dengan teknokrat.

Sejarah mencatat, Menteri Kesehatan dijabat oleh orang dari latar belakang kedokteran. Fungsi Depkes adalah mengurusi masalah kesehatan penduduk, bukan hanya mengurusi orang sakit. Mestinya Menkes tidak selalu dijabat kalangan medis, tapi orang bervisi 'pembangunan berwawasan kesehatan'.

Banyaknya kasus Kejadian Luar Biasa (KLB), seperti Demam Berdarah, Malaria, Antraks, Flu Burung dll, menunjukkan ketidaksiapan dan sikap reaktif Depkes dalam mengantisipasi persoalan kesehatan masyarakat. Depkes masih berprinsip 'lebih baik mengobati daripada mencegah' yang bercermin pada paradigma sakit.

Khittah Puskesmas

Program revitalisasi selama ini masih seputar wacana. Berbagai penyakit yang timbul dewasa ini sejatinya dapat diatasi bila fungsi Posyandu dan Puskesmas dapat berjalan sebagaimana peran dan fungsi sebenarnya. Namun karena keberadaan Puskesmas yang identik dengan pelayanan terdepan bagi masyarakat belum berjalan optimal, maka berbagai masalah busung lapar, polio dan sebagainya terus bermunculan.

Selama ini, puskesmas memiliki fungsi ganda, dengan titik berat pada program fungsi *public health*. Namun, prakteknya justru fungsi *medical services* lebih dominan. Tidak ada lagi waktu kunjungan ke masyarakat, pemberian

penyuluhan dan program kemasyarakatan lainnya. Semua sibuk melayani orang sakit yang berobat ke puskesmas.

Kedepan fungsi *public health* atau pendekatan yang bersifat kemasyarakatan lebih diprioritaskan. Sementara fungsi *medical services*, dilakukan sebagai layanan pertama bagi masyarakat yang membutuhkan pengobatan. Bila, dibutuhkan tindakan lanjutan, maka harus dirujuk ke RS. Hal ini tentu mensyaratkan adanya system rujukan yang terkoordinasi dengan baik, termasuk sarana dan fasilitasnya harus dipenuhi.

Pelayanan kuratif di puskesmas selama ini hanya membuat masyarakat lebih tergantung kepada tenaga medis dan menambah beban biaya bagi masyarakat. Masyarakat tidak pernah dirangsang bagaimana harus menjaga kesehatan agar tidak sakit.

Sampai dengan saat ini, harapan untuk menjadikan hak interpelasi sebagai tonggak kepeduliaan DPR terhadap masalah kesehatan masih jauh dari harapan. Meski kita perlu kita menunggu langkah DPR selanjutnya, tapi bila melihat warna politik DPR sekarang, agaknya kita tidak boleh terlalu berharap bahwa hak interpelasi akan memunculkan angin perubahan (*wind of change*) tentang kebijakan pembangunan kesehatan nasional kita. Cukuplah sekarang kita mempercayai bahwa DPR sekarang hanya menjadi alat stempel pemerintah. *Wallahu' alam.*

Polemik Kontaminasi Produk Susu Formula[1]

Oryz Setiawan

Kembali ke ASI adalah salah satu bentuk kampanye kesehatan yang paling efektif untuk menekan berbagai laju penyakit yang mengancam si jabang bayi sebab ASI secara alami mengandung antibodi yang dirancang khusus oleh Tuhan untuk menangkal terjadinya penyakit sekaligus palinng aman dan menyehatkan. Apalagi fenomena menyusui bayi oleh ibu adalah bentuk sentuhan psikologis paling dasar dalam membangun 'hubungan' batin yang

[1] Dimuat dalam Harian Surya Edisi 4 Maret 2008 dengan judul yang sama.

secara reflektif dapat menumbuhkembangkan sifat kasih sayang yang hakiki.

Kontroversi seputar produk susu formula dan sebagian makanan bayi dan balita yang terkontaminasi bakteri berbahaya kini terus menjadi bahan perbincangan hangat di masyarakat terutama kalangan ibu-ibu yang memiliki bayi dan balita. Penyakit yang diduga bersumber dari bakteri yang disebut enterobacteri sakazakii disinyalir dapat menimbulkan berbagai gangguan kesehatan seperti diare, iritasi, gangguan metabolisme dan mengakibatkan gangguan radang selaput otak (meningitis) bahkan mengancam keselamatan bayi dan balita yang mengkonsumsinya.

Memang penemuan bakteri yang terdapat pada makanan balita di berbagai merek dagang susu formula yang kini beredar di pasaran adalah hasil penelitian dari IPB yang tengah memicu keresahan di masyarakat. Meski secara umum tingkat konsumsi susu dan produk makanan bayi di Indonesia paling rendah dibandingkan negara-negara tetangga di Asia Tenggara namun tingkat ketergantungan terhadap susu formula baik berbentuk bubuk maupun cair sangat tinggi.

Seperti diketahui susu merupakan sumber makanan lengkap bagi bayi, balita hingga anak-anak yang mengandung berbagai zat-zat nutrisi yang dibutuhkan tubuh. Hampir semua nutrisi yang diperlukan bagi

pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita ada pada produk susu formula.

Selain sebagai sumber makanan utama, produk susu juga telah menjadi sumber makanan untuk pendamping Air Susu Ibu (ASI) pada bayi diatas 6 bulan.

Pada bayi berumur 0 - 6 bulan diharuskan hanya mengkonsumsi ASI atau ASI eksklusif sehingga penggunaan susu formula lebih ditujukan pada bayi berumur lebih dari enam bulan. Tingkat komposisi produk susu formula baik yang berbentuk bubuk maupun cair pada umumnya mengandung lemak susu (casein) disamping protein, lemak, vitamin dan mineral-mineral esensial yang sangat diperlukan bagi perkembangan balita.

Adapun yang membedakan antarproduk adalah jumlah, komposisi dan prosentase zat-zat nutrisi. Di tengah meroketnya harga-harga kebutuhan pokok keluarga, keberadaan susu dan produk makanan bayi adalah salah satu prioritas utama dalam menjaga agar buah hati selalu sehat, tumbuh dan berkembang sesuai pertambahan usia dan terjaga dari setiap penyakit yang mengancam.

Kekhawatiran para ibu sangat beralasan oleh karena balita adalah kelompok yang sangat rentan terhadap infeksi penyakit dan jangka panjang akan mempengaruhi warna generasi bangsa kelak dikemudian hari.

Kampanye ASI

Kembali ke ASI adalah salah satu bentuk kampanye kesehatan yang paling efektif untuk menekan berbagai laju penyakit yang mengancam si jabang bayi sebab ASI secara alami mengandung antibodi yang dirancang khusus oleh Tuhan untuk menangkal terjadinya penyakit sekaligus palinng aman dan menyehatkan.

Apalagi fenomena menyusui bayi oleh ibu adalah bentuk sentuhan psikologis paling dasar dalam membangun 'hubungan' batin yang secara reflektif dapat menumbuhkembangkan sifat kasih sayang yang hakiki. Oleh karena itu para ibu wajib memberi ASI eksklusif (hanya ASI) bagi bayi yang berumur hingga 6 bulan. Hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2002-2003 menunjukan bahwa ibu-ibu yang yang menyusui bayinya hingga usia enam bulan hanya 7,8 persen dan sebanyak 64 persen ibu yang menyusui bayinya hingga berumur kurang dari 2 bulan.

Adanya stigma bahwa memberikan susu formula lebih baik padahal harganya lebih mahal, bahkan tak jarang untuk berhemat mereka mengurangi takaran atau tidak sesuai anjuran sehingga asupan gizi berkurang. Sedangkan makanan pendamping ASI ditujukan pada bayi hingga berumur dua tahun.

Memang tidak semua ibu mampu menyusui secara sempurna akibat keterbatasan asupan susu ibu, gangguan hormone prolaktin, dan akibat faktor lain sehingga kasus-kasus yang demikian memerlukan pendampingan dan saran oleh tenaga kesehatan tentang makanan pendamping ASI (MP-ASI) untuk menunjang kelancaran asupan makanan bayi.

Dukungan sosial terutama bagi pekerja wanita atau wanita karier berupa cuti hamil, melahirkan dan tempat khusus untuk menyusui belum memadai sehingga kurang melegimitasi program Gerakan Sayang Ibu (GSI) yang (sebenarnya) telah lama digaungkan oleh pemerintah. Program GSI merupakan program yang didasari atas masih tingginya angka kematian ibu dan bayi di Indonesia sehingga semua pihak dituntut untuk memberikan perhatian lebih terhadap kesehatan ibu dan bayi bukan semata-mata hanya sebuah acara seremonial belaka.

Pemahaman yang benar atas perlakuan ibu terhadap bayi dan balita akan mendorong kesadaran kolektif untuk menghindarkan setiap potensi bahaya penyakit yang mengancam buah hatinya termasuk pemberian ASI, makanan tambahan balita dan lain-lain.

Terlepas dari terkontaminasinya suatu merek produk susu formula oleh bakteri enterobacteri sakazaki diperlukan upaya pencegahan antara lain : pertama, meski hingga kini pemerintah belum secara resmi melakukan pelarangan atau penarikan produk susu formula yang diduga kini tengah

beredar di pasaran sikap waspada dan deteksi dini sangat diperlukan bagi ibu-ibu untuk mencegah penularan bakteri berbahaya tersebut.

Sebelum membeli produk susu maupun makanan balita, lakukan secara teliti apakah produk tersebut telah memenuhi syarat, kemasan, komposisi hingga masa kadaluarsa sehingga cocok untuk dikonsumsi oleh si kecil.

Jangan terkecoh oleh produk susu yang murah atau menawarkan berbagai macam hadiah sebab di era perang dagang, iming-iming harga murah dan hadiah adalah bentuk persaingan merek produk di mata konsumen. Kedua, diperlukan upaya menjaga kebersihan peralatan minum, proses sterilisasi yang tepat, proses penyajian, penyimpanan hingga menjaga pola asupan ke bayi dan balita. Karakteristik bakteri pada umumnya adalah tidak tahan dan mati oleh suhu pemanasan minimal 80 derajat celsius selama 2-3 menit.

Susu sebaiknya langsung habis diminum guna menghindari kontak dengan udara yang merupakan media bagi penyakit sehingga ibu harus mengetahui takaran dan porsi bagi balita. Oleh karena itu aspek hieginitas dan pola sanitasi yang tepat merupakan salah satu upaya dini dan paling mudah untuk mencegah timbulnya penyakit yang bersumber pada produk makanan bayi.

Ketiga, menghindari makanan atau minuman yang tidak dibutuhkan oleh tubuh meski banyak disukai oleh balita sehingga tidak memenuhi standar gizi atau menurunkan daya tahan tubuh yang cenderung rentan. Oleh karena itu kebiasaan jajanan di luar rumah atau makanan ringan yang menstimulasi timbulnya penyakit selayaknyanya dihindarkan demi kesehatan balita maupun anak-anak.

Mengawasi Produk Susu Berformalin[1]

Oryz Setiawan

Setelah kasus susu formula yang diduga tercemar bakteri Entero Sakazakii beberapa waktu lalu, kini beredar kabar bahwa susu berformula yang berasal dari Tiongkok ditengarai terkontaminasi melamin.

Misalnya, China Daily melansir temuan Badan Pengawas Kualitas (AQSIQ) Tiongkok. Berdasar hasil uji terhadap 1.202 sampel susu, ternyata 10 persen positif terkontaminasi melamin.

[1] Dimuat dalam Harian Pagi Jawa Pos Edisi Kamis 25 September 2008 dengan judul yang sama.

Melamin merupakan senyawa kimia yang termasuk kategori logam berat yang bila dalam konsentrasi tinggi dan terakumulasi akan sulit diekskresi oleh tubuh, terutama organ ginjal, sehingga menyebakan kerusakan ginjal, gagal ginjal kronis, dan berujung pada kematian.

Menurut hasil penelitian, kandungan melamin (miligram per kilogram produk) dalam susu setelah tercampur bahan cair dalam tubuh di atas 60 kilogram berat badan atau lebih pada orang dewasa memang masih dapat diurai. Namun, sifat dan karakteristik melamin yang dalam batas dan jangka waktu tertentu akan terakumulasi berdampak buruk bagi kesehatan. Apalagi, produk susu didominasi kalangan balita dan anak-anak yang notabene sistem kekebalan (daya imunitas) tubuhnya masih sangat rentan terhadap penyakit.

Tiongkok memang dikenal sebagai salah satu negara yang mengalami pertumbuhan ekonomi yang sangat pesat dengan menawarkan harga yang murah, sehingga banyak produknya yang diekspor ke negara lain, termasuk Indonesia.

Seiring menjamurnya industri modern, industri berskala menengah, maupun tradisional atau home industry, pengelolaan dan kontrol terhadap suatu produk menjadi tidak ketat, apalagi terkait dengan produk susu (dairy product) dalam industri susu (dairy industry). Dalam iklim globalisasi dan perdagangan bebas, produk negara-negara lain sangat mudah beredar di berbagai negara.

Karena itu, pemerintah melalui Badan POM, Departemen Perindustrian, dan Departemen Perdagangan harus ketat serta kontinu memonitor peredaran berbagai produk susu atau bahan baku susu, terutama yang berasal dari Tiongkok.

Misalnya, Badan POM selaku institusi yang berwenang untuk pemilihan bahan baku, proses pembuatan, hingga pola distribusinya. Bukan hanya produk susu formula yang beredar baik yang menyangkut pengujian mutu pangan dan kandungan gizi suatu produk untuk memperoleh izin edar di pasaran, namun juga obat-obatan serta makanan lain yang dikonsumsi masyarakat luas.

Selain itu, dilakukan pengawasan rutin dan menguji ulang setiap produk yang diduga menyalahi aturan (ambang batas yang diperkenankan) dan merugikan konsumen.

Sensitivitas Balita

Belajar dari beredarnya kasus susu formula yang diduga tercemar bakteri beberapa waktu lalu memang berimplikasi pada tingkat kepercayaan terhadap produk susu berformula, terutama bagi ibu-ibu yang memiliki balita. Kepanikan tak terhindarkan, mengingat susu formula dalam konteks kekinian (meski tak sesempurna dan seideal ASI) ternyata masih merupakan kebutuhan elementer yang tak tergantikan sekaligus menjadi makanan utama bagi balita.

Peredaran produk susu maupun makanan balita di pasaran sangat beragam, sehingga membutuhkan ketelitian, kecermatan, serta kecocokan dalam memilih produk bagi sang buah hati.

Di pihak lain, setiap bayi dan balita memiliki tingkat kerentanan maupun sensitivitas yang berbeda-beda dalam mengonsumsi susu formula, sehingga terkadang sangat memerlukan konsultasi pihak medis maupun ahli gizi.

Asumsi susu formula yang diproduksi luar negeri (susu impor) selalu lebih baik harus dikaji kembali. Sebab, pada dasarnya, di Indonesia bahan baku maupun pembuatan produk susu formula telah diuji secara ketat, sehingga layak dan aman untuk dikonsumsi balita sesuai petunjuk pada kemasan.

Komposisi, izin produk, dan batasan masa edar hingga masa kedaluwarsa harus mutlak dicantumkan oleh industri susu formula. Ibu-ibu juga harus memiliki tingkat ketelitian dalam memilih produk sesuai kebutuhan balita. Seperti diketahui, susu merupakan sumber makanan lengkap bagi bayi, balita, hingga anak-anak yang mengandung berbagai zat nutrisi yang dibutuhkan tubuh.

Hampir semua nutrisi yang diperlukan bagi pertumbuhan dan perkembangan bayi serta balita ada pada produk susu formula. Selain sebagai sumber makanan utama, produk susu telah menjadi sumber makanan untuk pendamping ASI bagi bayi di atas 6 bulan. Penggunaan susu

formula lebih ditujukan pada bayi berumur lebih dari 6 bulan.

Di tengah meroketnya harga-harga kebutuhan pokok keluarga, susu dan produk makanan bayi menjadi salah satu prioritas utama dalam menjaga agar buah hati selalu sehat, tumbuh, dan berkembang sesuai pertambahan usia serta terjaga dari setiap penyakit yang mengancam.

Kekawatiran para ibu sangat beralasan karena balita adalah kelompok yang sangat rentan terhadap infeksi penyakit dan jangka panjang akan memengaruhi warna generasi bangsa kelak.

Kajian Penelitian

Upaya pengawasan produk pangan secara berkelanjutan bisa dilakukan dengan berbagai cara, termasuk penelitian seperti uji sampel acak (sampling), uji mutu produk, dan melakukan manajemen berbasis risiko demi mencegah timbulnya gangguan kesehatan atau keselamatan konsumen akibat kerusakan, terindikasi terkontaminasi sumber penyakit, dan tercemar bahan-bahan berbahaya.

Menurut sistem keamanan pangan generasi ketiga yang direkomendasikan WHO, telah diatur tentang analisis risiko pangan terdiri atas kajian risiko dan manajemen risiko. Kajian risiko pada sistem keamanan pangan berupa

identifikasi bahaya, karakteristik bahaya, dan dampak yang mungkin timbul, kajian paparan, serta karakterisasi risiko.

Kajian risiko itu lebih banyak diperankan lembaga riset, perguruan tinggi, dan surveilans. Sedangkan manajemen risiko memuat berbagai tindakan untuk menentukan prioritas penanganan, mencari alternatif penanganan masalah, serta memilih opsi yang terbaik sesuai kondisi yang ada berupa penetapan standar dan regulasi.

Untuk mengantisipasi peredaran susu bermelamin di Indonesia, setidaknya menjadi ujian bagi Badan POM untuk semakin ketat menfungsikan diri sebagai institusi yang benar-benar mampu menjalankan fungsi pengawasan suatu produk pangan di tengah membanjirnya produk dalam iklim pasar bebas.

Di pihak lain, konsumen berhak mengetahui setiap informasi produk, termasuk potensi risiko yang ditimbulkan, khususnya terhadap kelompok rentan seperti bayi, balita, dan anak-anak.

Karena itu, hakikat penelitian berbasis ilmiah merupakan upaya pencerahan (enlightment) bagi perkembangan produk pangan yang dikonsumsi masyarakat. Itu terutama untuk mencegah terjadinya bencana sosial dalam masyarakat kekinian, sehingga konsumen sadar terhadap hak-haknya.

Pelayanan Kesehatan

Mencermati Plus-Minus Puskesmas Spesialis[1]

Oryz Setiawan

Model kebijakan layanan kesehatan yang terkait dengan orientasi dan model puskesmas yang dikembangkan Pemerintah Kota Surabaya melalui Dinas Kesehatan Kota lebih menonjolkan corak layanan kesehatan yang berbasis spesialis. Seperti yang diberitakan Jawa Pos pada Sabtu 5 Juli 2008 bahwa demi menuju profesionalitas kinerja puskesmas, Dinkes Kota Surabaya mengembangkan model puskesmas spesialis pada 53 puskesmas di kota metropolis ini. Bahkan,

[1] Dimuat dalam Ruang Publik, Harian Pagi Jawa Pos Edisi Selasa 8 Juli 2008 dengan judul yang sama.

beberapa puskesmas telah menjadi pilot project pengembangan puskesmas yang terkonsentrasi pada layanan spesialistis.

Puskesmas Balongsari terspesialis pada penanganan penyakit paliatif. Selain itu, Puskesmas Benowo, Krembangan, Pabean Cantikan, Tegalsari, Gubeng, Tambaksari, dan Sawahan menjadi proyek percontohan penanggulangan penyakit HIV/AIDS. Puskesmas spesialis merupakan salah satu paket inovasi pelayanan kesehatan pemkot. Selain itu, puskesmas tersebut menambah layanan dengan fasilitas rawat inap dan mengembangkan jaringan puskesmas online yang berbasis teknologi sehingga diharapkan bisa saling melengkapi (komplemen).

Pemkot menyadari perkembangan suatu layanan kesehatan harus mengacu pada karakteristik perkotaan yang semakin heterogen, pluralistik, serta perilaku masyarakat yang membutuhkan pelayanan serbainstan. Di sisi lain, desain model layanan kesehatan dasar seperti puskesmas seyogianya mengikuti iklim dinamisasi perkotaan yang cenderung kompleks.

Salah satu fungsi puskesmas adalah pelaksana layanan jasa kesehatan kewilayahan. Hal itu bermakna puskesmas harus mampu mengidentifikasi problem kesehatan, kebutuhan masyarakat, dan permintaan terhadap layanan kesehatan di wilayah kerjanya (local specific).

Upaya pengembangan puskesmas berbasis spesialis tentu berkaitan erat dengan penggunaan teknologi kedokteran sebagai instrumen untuk mengakselerasi fokus penanganan problematika kesehatan dan kasus penyakit yang memiliki derajat endemisitas dan virulensi tinggi di masyarakat. Sebagai kota industri jasa dan perdagangan, Kota Surabaya memang memiliki potensi untuk mengembangkan puskesmas yang berwajah modern dengan penggunaan perangkat dan infrastruktur berbasis teknologi.

Sentuhan teknologi sedikit banyak bisa meningkatkan aspek kecepatan pelayanan seiring dengan pertumbuhan dan perkembangan industri jasa layanan kesehatan di sektor swasta. Keuntungan lain puskesmas spesialis adalah sebagai alat rujukan (referral health system) sebelum ditangani rumah sakit rujukan. Dengan kata lain, puskesmas itu berfungsi sebagai "miniatur rumah sakit spesialis" sehingga bisa mengurangi beban kerja yang tecermin dalam tingkat kunjungan pasien.

RSU dr Soetomo, misalnya. Sekitar 10 persen pasien rawat jalan dan poliklinik yang terindikasi penyakit ringan dapat ditangani puskesmas. Jika kondisi tersebut dijadikan acuan pengembangan puskesmas spesialis, keberadaan puskesmas spesialis tentu diharapkan bisa menjawab berbagai problem kesehatan masyarakat yang menjadi prioritas penanganan dalam bingkai komunitas kewilayahan. Tentu saja mempertimbangkan kondisi geografis dengan

proporsi jumlah penduduk dalam cakupan wilayah kerja puskesmas.

Paradigma Sehat

Salah satu indikator keberhasilan puskesmas adalah mampu menjadi pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang melibatkan peran aktif masyarakat dalam upaya meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat yang mandiri dengan mengedepankan aspek promotif dan preventif. Bukan sekadar sebagai sarana layanan pengobatan yang berbasis kuratif.

Merujuk pada konsep paradigma sehat yang dikembangkan Depkes, ukuran-ukuran prestasi puskesmas tidak hanya diukur berdasar tingkat utilitas pelayanan pengobatan dan ketersediaan sarana dan tenaga yang memadai. Hal itu ditandai dengan modernitas layanan, kelengkapan fasilitas, dan penciptaan pengembangan inovasi dan daya kreativitas dalam perspektif pengobatan.

Puskesmas jangan sampai didesain sebagai miniatur rumah sakit yang berfungsi sebagai pusat "kesakitan masyarakat". Intinya, fungsi puskesmas lebih banyak di ranah promotif dan preventif, sementara RS lebih bergerak ke arah fungsi kuratif dan rehabilitatif.

Dalam pakem kesehatan, prinsip mencegah selalu lebih baik daripada mengobati. Artinya, dari perspektif apa

pun dan bagaimanapun, tindakan pencegahan akan memiliki keuntungan yang jauh lebih tinggi sekaligus memerlukan biaya ekonomi, sosial, dan waktu relatif rendah. Dengan konsep dasar itulah, ke depan puskesmas seharusnya lebih banyak dikunjungi orang-orang sehat daripada orang sakit.

Mengapa? Sebab, misi utama puskesmas adalah mengurusi masyarakat bukan sekadar agar tidak jatuh sakit, tapi juga memberikan pelayanan agar tetap sehat dan produktif baik secara fisik, mental, maupun sosial. Salah satu bentuk pelayanan adalah konseling. Sosialisasi perilaku hidup sehat, pusat informasi kesehatan terpadu, dan meminimalkan munculnya dampak penyakit.

Untuk memberdayakan masyarakat agar tak sakit, perlu banyak penyuluhan KIE (komunikasi, informasi, edukasi). Memberikan obat murah, pengobatan, dan rumah sakit gratis berarti menunggu masyarakat telanjur sakit di hilir. Substansi itulah yang perlu ditekankan kembali seiring dengan kian terdistorsinya prinsip dan filosofi institusi sebuah puskesmas.

Puskesmas sesungguhnya bertugas memutus rantai penyakit sejak di hulu, bukan menunggu setelah telanjur tiba di hilir. Perilaku masyarakat telanjur tak sehat mengakibatkan beban anggaran pemerintah (daerah) bertambah berat. Program pelayanan kesehatan yang menekankan upaya penyembuhan penyakit harus diubah ke arah pembinaan masyarakat untuk selalu hidup sehat sehingga mampu menciptakan kultur perilaku hidup sehat,

menjamin kemandirian, dan mampu mencegah sedini mungkin munculnya problem kesehatan.

Dalam jangka panjang seyogianya puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan mampu menekan ketergantungan masyarakat pada seputar medis dan obat-obatan. Ivan Illich mengemukakan bahwa semakin meningkatnya jumlah infrastruktur pelayanan kesehatan belum tentu menunjukkan peningkatan status kesehatan masyarakat itu sendiri. Fenomena tersebut diperparah dengan karakteristik layanan kesehatan. Yakni, semakin tersedia jumlah pelayanan kesehatan akan memicu permintaan dan kebutuhan masyarakat terhadap layanan kesehatan itu sendiri (*supply induces demand*).

Puskesmas Plus
= Puskesmas Profitable?[1]

Agung Dwi Laksono

Membaca tulisan Oryz Setiawan 'Surabaya Butuh Puskesmas Plus' di Opini-Metro Minggu, 15 Januari 2006, yang mencoba memformulasi Puskesmas Plus yang profitable, membuat saya tergelitik untuk membuat opini alternatif pemikiran tentang formulasi Puskesmas Plus yang profitable. Oryz Setiawan setidaknya setuju bahwa Puskesmas haruslah profitable -menghasilkan keuntungan- bila ingin eksis, dan beliau mendukung upaya Pemkot

[1] [1] Dimuat dalam Metropolis, Harian Pagi Jawa Pos Edisi Kamis, 19 Januari 2006 dengan judul yang sama.

Surabaya yang membuat terobosan dengan menempatkan dokter spesialis di berbagai Puskesmas sebagai terobosan menarik.

Puskesmas Bermutu

Selama ini pemberian identitas bermutu bagi pemberi layanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik) identik dengan pelayanan yang cepat pada pasien, pengobatan yang mujarab, pelayanan yang praktis dan tidak bertele-tele, serta waktu pelayanan yang cukup singkat, meski dengan harga yang lebih mahal.

Semua di atas, aspek mutu tersebut (yang berlaku secara umum), lebih mengedepankan kepada pelayanan kuratif (pengobatan, *saya coba pakai istilah yang umum*). Untuk Rumah Sakit, Klinik dan pemberi layanan kesehatan lain hal tersebut jelas terlihat lebih mudah diraih (meski banyak yang gagal). Karena lembaga-lembaga tersebut hanya berkonsentrasi pada aspek pengobatan, yang notabene lebih menjanjikan secara keuangan. Sedang Puskesmas, aspek pengobatan hanyalah salah satu dari 6 tugas pokok lembaga ini.

Jadi, tidak adil rasanya jika menempatkan Puskesmas dengan indikator yang sama dengan lembaga penyedia layanan kesehatan lainnya. Dan setidaknya Oryz Setiawan pun kembali sepakat dengan hal ini.

Pengobatan vs Pencegahan

Untuk itu maka saya coba memberi alternatif formulasi Puskesmas yang lain, dengan memisahkan antara pelayanan yang beraspek pengobatan (kuratif-rehabilitatif) dengan yang beraspek pencegahan (Preventif-Promotif). Dengan demikian dua aspek tersebut dapat lebih mengembangkan profesionalismenya dengan indikator yang juga spesifik pada masing-masing aspek tersebut.

Puskesmas dalam aspek pengobatan, dapat berjalan, bahkan berlari mengejar ketertinggalannya dari fasilitas penyedia layanan pengobatan lainnya, dengan lebih memperhatikan pada kesehatan individu tanpa dibebani dengan upaya kesehatan lainnya. Pada Puskesmas dalam aspek pengobatan ini, kebijakan penyediaan dokter spesialis di Puskesmas dan juga upaya perpanjangan jam buka Puskesmas mulai jan 08.00-19.00 WIB menjadi sangat krusial dan berdaya ungkit tinggi terhadap mutu Puskesmas dalam aspek pengobatan. Puskesmas dalam aspek pengobatan ini diharapkan akan menjadi pusat pelayanan kesehatan dasar.

Sedang Puskesmas dalam aspek pencegahannya, akan mengejawantahkan kewajiban pemerintah dalam hal upaya kesehatan ibu dan anak, perbaikan gizi masyarakat, pemberantasan penyakit menular, kesehatan lingkungan dan upaya promosi kesehatan. Puskesmas dalam aspek pencegahan akan berkonsentrasi menangani masalah wabah, busung lapar, masalah sampah, dan masalah kesehatan lainnya yang berdampak pada kesehatan

masyarakat. Puskesmas dalam aspek pencegahan ini diharapkan akan berfungsi menjadi pusat pembangunan berwawasan kesehatan di tingkat kecamatan dan juga berfungsi sebagai pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga.

Sumber Pendapatan Daerah

Dengan adanya upaya pemisahan ke dalam dua aspek tersebut, maka Pemkot Surabaya tidak perlu ragu untuk membebani Puskesmas (dalam aspek pengobatan) sebagai salah satu sumber Pendapatan Asli Daerah (PAD).

Lebih lanjut, Widodo (2000) mendapati selama ini tarif Puskesmas seringkali berada di bawah biaya satuan yang sesungguhnya. Untuk itu perlu dilihat ulang kebijakan tarif Puskesmas yang ada di kota Surabaya dan segera dilakukan penyesuaian tarif yang rasional. Pemkot Surabaya tidak perlu ragu-ragu untuk mengambil kebijakan yang profesional untuk Puskesmas.

Selain itu, kebijakan tarif Puskesmas yang pukul rata (sama untuk semua jenis penyakit) juga harus segera direvisi, disesuaikan dengan biaya satuan atas masing-masing jenis produk/pelayanan, kebutuhan pengobatan pasien yang sakit batuk jelas berbeda dengan kebutuhan pengobatan sakit gigi.

Dengan kata lain Puskesmas dalam aspek pengobatan dapat diserahkan kepada mekanisme pasar, biarlah masyarakat sendiri yang membiayai kesehatan individunya. Tentunya pemerintah juga tetap menjaga ke'adil'an dengan memberikan subsidi pada masyarakat dengan daya beli yang rendah (keluarga miskin/gakin). Subsidi bukan berarti tidak membayar, atau membayar lebih rendah, tapi membayar penuh sesuai tarif, dengan pembiayaan yang ditanggung sebagian ataupun penuh oleh Pemkot Surabaya. Dengan demikian tidak akan mengurangi keuntungan/pendapatan Puskesmas.

Untuk Puskesmas dalam aspek pengobatan indikator keberhasilan adalah jumlah kunjungan pasien, tingkat hunian kamar rawat inap, dan indikator praktis komersial lainnya.

Berbanding terbalik dengan hal tersebut pada Puskesmas dalam aspek pencegahan, Pemkot Surabaya harus menyediakan dana yang cukup untuk operasionalisasi Puskesmas ini, sebagai tanggung jawab pemerintah terhadap kesehatan masyarakat. Tingkat keberhasilan Puskesmas dalam aspek pencegahan ini dapat dilihat dari angka kesakitan (angka kesehatan???), angka harapan hidup, jumlah masyarakat yang melek kesehatan, kejadian wabah, kejadian busung lapar, dan indikator kesehatan tingkat masyarakat lainnya.

Dari perbandingan tersebut jelas, bahwa Pemkot Surabaya di 'haram' kan membebani Puskesmas dalam

aspek pencegahan sebagai sumber PAD, karena keuntungan yang akan didapat Pemkot Surabaya dari keberhasilan Puskesmas dalam aspek pencegahan akan jauh lebih besar. Semakin banyak warga kota Surabaya yang tidak sakit, semakin sedikit biaya yang dikeluarkan untuk berobat, tidak perlu mengeluarkan biaya untuk rawat inap, tidak perlu keluar uang transport *wira-wiri* berobat. Warga jadi produktif, gak *nglentruk* ae, pekerja tidak ada yang ijin sakit, atau bolos untuk menjaga yang sakit, produksi jalan terus, perekonomian berjalan lancar, intinya ‘produktifitas’ akan meningkat.

Kasus Suntik

Di beberapa wilayah, sebagian besar masyarakatnya masih sangat percaya pada ‘***suntik***’. Berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan bila tidak disuntik, sama saja dengan tidak berobat. Belum puas, belum *marem*, belum *cespleng* pengobatannya bila tidak disuntik. Tidak dapat disalahkan pendapat mereka tersebut, karena sejak jaman penjajahan Belanda, masyarakat yang ‘hanya’ dan ‘selalu’ dilayani oleh matri kesehatan, selalu mendapat tawaran “…suntik ya?”. Kebiasaan berobat secara turun temurun inilah yang juga memperkuat sugesti masyarakat akan keampuhan pemberian obat dengan disuntik. Dan hal inilah yang menurut sebagian besar mantri kesehatan yang membedakan keahlian mereka sebagai pengobat modern dengan pengobat tradisional.

Berkaitan dengan hal tersebut, Depkes berupaya mencegah pengeluaran yang tidak perlu, penyakit yang tidak perlu disuntik tidak usah disuntik. Depkes juga mempromosikan bahwa dengan suntik yang tidak benar/bersih dapat meningkatkan resiko penularan penyakit tertentu, bahkan AIDS. Promosi demikian gencar, Puskesmas kembali dibebani promosi hal tersebut.

Masyarakat yang terlanjur fanatik dengan pengobatan menggunakan media suntik, pada akhirnya lari meninggalkan Puskesmas, dan beralih kepada penyedia layanan kesehatan lain yang dapat memberikan layanan dengan suntik.

Bagaimana menyikapi hal ini? Dengan adanya pemisahan pelayanan, Puskesmas dalam aspek pengobatan tidak perlu ragu untuk dapat memberikan pelayanan yang diharapkan oleh pasien, justru tindakan memberikan suntik menjadi 'wajib' bagi Puskesmas untuk memberikan pelayanan yang memuaskan pasien, selama tindakan suntik ini tidak membahayakan jiwa pasien. Puslesmas dalam aspek pengobatan tidak perlu terbebani dengan upaya promosi tanpa suntik. Kewajiban mempromosikan suntik selektif ini sudah diambil alih oleh Puskesmas dalam aspek pencegahan. Bagaimana menurut anda?

Puskesmas di Bawah Kendali Rezim Medis[1]

Rachmad A. Pua Geno

Kolom opini Metropolis beberapa waktu lalu memuat wacana tentang Puskesmas Plus, diawali tulisan Oryz Setiawan dengan "Surabaya Butuh Puskesmas Plus" dan Agung Dwi Laksono dengan "Puskesmas Plus Lebih *Profitable*?". Kedua tulisan itu menarik ditanggapi lebih lanjut, bukan sekedar wacana tentang puskesmas yang masih minim diperbincangkan di kolom opini surat kabar,

[1] Dimuat dalam Metropolis, Harian Pagi Jawa Pos Edisi 6 Februari 2006 dengan judul yang sama.

lebih dari itu harus diakui bahwa peran puskesmas sangat potensial bagi upaya penyehatan masyarakat.

Tulisan ini sengaja mengajak pembaca untuk merenungi kembali tentang konsep puskesmas ideal (plus ?) di Surabaya, seiring dengan program revitalisasi puskesmas yang kini disuarakan oleh pemerintah. Sebenarnya konsep tentang puskesmas cukup beragam, mulai dari puskesmas swadana, puskesmas perkotaan, puskesmas berbasis wilayah hingga puskesmas berbasis *balanced score card*.

Wacana tentang puskesmas di tingkat nasional mengemuka kembali saat pelantikan anggota Konsil Kedokteran Indonesia oleh Presiden Susilo Bambang Yudhoyono, saai itu SBY secara khusus meminta jajarannya untuk membenahi Puskesmas di seluruh Tanah Air. Pembenahan tersebut dimaksudkan agar dapat memberikan pelayanan lebih baik kepada masyarakat. Instruksi ini selaras dengan pernyataan Menkes saat rapat kerja Komisi IX DPR, pemerintah mengakui bahwa fungsi dan peran puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat semakin jauh dari harapan.

Bila merujuk dari maksud dan tujuannya, fungsi dan peran puskesmas harusnya lebih menitikberatkan sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan di kecamatan, menumbuhkan pemberdayaan masyarakat dan keluarga di bidang kesehatan masyarakat. Namun, selama ini puskesmas justru dijadikan Pusat ‘Kesakitan’ Masyarakat, dengan menitikberatkan pada fungsi pengobatan.

Mengapa peran dan fungsi puskemas kini jauh dari khittahnya, bila kita kaji secara mendalam, penyebab utamanya adalah kita masih terbelenggu dengan sebuah system yang mengedepankan 'paradigma sakit', dimana rezim medis sebagai penguasanya. Rezim medis, yang dipelopori kalangan medis konservatif telah menciptakan praktek dependensi pada masyarakat secara berlebihan akan pelayanan medis. (Kompas, 4/12/98). Parahnya lagi, mereka menguasai atau bahkan menjadi *decision maker* dalam berbagai kebijakan pemerintah di sector kesehatan.

Dalam pikiran paradigma sakit, cara pandang yang digunakan dalam upaya kesehatan lebih mengutamakan upaya kuratif dan rehabilitatif. Penanganan kesehatan penduduk menekankan pada penyelenggaraan pelayanan model rumah sakit, penanganan penduduk yang sakit secara individu dan spesialistis (Does Sampoerno, 1998).

Meski saat pemerintahan Habibie, dikampanyekan Paradigma Sehat yang berarti penanganan kesehatan penduduk dititikberatkan pada pembinaan kesehatan bangsa, bukan sekedar penyembuhan penyakit, namun termasuk pencegahan penyakit, perlindungan keselamatan, dan promosi kesehatan. Namun pada prakteknya hingga kini, paradigma sehat hanya sebatas teks. Hal itu membuktikan, rezim medis masih berkuasa, termasuk diantaranya penerapan konsep puskesmas.

Beranjak dari titik utama penyebab jauhnya peran dan fungsi puskesmas tersebut, maka perlu ada sebuah

‘revolusi’ untuk mengembalikan puskesmas pada khittahnya. Hal-hal yang mestinya dilakukan antara lain ;

Pertama; Pelayanan puskesmas, harus diambil garis jelas antara fungsi *public health* dan *medical services*. Selama ini, puskesmas memiliki fungsi ganda, dari sisi program fungsi *public health* mestinya lebih banyak. Namun, pada prakteknya justru fungsi *medical services* lebih dominan. Tidak ada lagi waktu kunjungan ke masyarakat, pemberian penyuluhan dan lain-lain. Semua sibuk melayani orang sakit yang berobat ke puskesmas.

Kedepan fungsi *public health* atau pendekatan yang bersifat kemasyarakatan lebih diprioritaskan. Sementara fungsi *medical services*, dilakukan sebagai layanan pertama bagi masyarakat yang membutuhkan pengobatan. Bila, dibutuhkan tindakan lanjutan, maka harus dirujuk ke RS. Hal ini tentu mensyaratkan adanya system rujukan yang terkoordinasi dengan baik, termasuk sarana dan fasilitasnya harus dipenuhi.

Telah terbukti, pelayanan kuratif di puskesmas berjalan tidak optimal serta hanya membuat masyarakat lebih tergantung kepada tenaga medis dan menambah beban biaya bagi masyarakat. Masyarakat tidak pernah dirangsang bagaimana harus menjaga kesehatan agar tidak sakit.

Banyak hal yang dapat dilakukan bila program kemasyarakatan berjalan. Sebagai penggerak pembangunan

berwawasan kesehatan di kecamatan, menumbuhkan pemberdayaan masyarakat dan keluarga di bidang kesehatan masyarakat, para petugas puskesmas memiliki tugas yang luhur. Karena di peran merekalah, masyarakat lebih memiliki pengetahuan bagaimana mereka harus menjaga kesehatannya.

Trend penyakit di Surabaya lebih menunjukkan ke arah penyakit infeksi dan 'kuno', seperti ISPA, diare, demam berdarah. Kesemua jenis penyakit tersebut, semuanya dapat didekati dengan pendekatan partisipatif kemasyarakatan melalui berbagai program layanan luar puskesmas, seperti promosi kesehatan, pendidikan kesehatan dan diskusi partisipatif dengan masyarakat.

Hal **kedua** yang perlu direvolusi adalah *capacity building* tenaga kesehatan. Untuk mewujudkan langkah pertama, harus didukung sepenuh hati oleh para petugas kesehatan puskesmas. Mustahil akan berhasil bila petugasnya sendiri tidak mendukung kebijakan tersebut. Dalam budaya *paternalistic* yang masih kental, factor sikap petugas memegang peranan penting.

Untuk itu, para petugas perlu di *brain washing* bahwa peran dan fungsi puskesmas adalah menitikberatkan pada program kemasyarakatan. Para petugas puskesmas perlu dilengkapi dengan kemampuan ilmu sosiologi dan psikologi massa. Selain itu, kemampuan analisa perencanaan partisipatif serta analisa terhadap berbagai budaya masyarakat setempat, agar lebih memahami kebiasaan dan

budaya local suatu daerah (atau yang lebih dikenal dengan kearifan local). Jalinan kemitraan dengan kelompok masyarakat akan lebih memudahkan intervensi petugas untuk bisa diterima oleh masyarakat.

Untuk mendukung hal tersebut, distribusi tenaga kesehatan di puskemas mesti lebih didukung dengan tenaga kesehatan yang berbasis masyarakat, seperti ahli gizi, dan sanitarian, epidemiolog dan lain-lain.

Ketiga; karena saat ini, wewenang bidang kesehatan ada pada daerah, perlu didorong agar daerah memiliki perhatian khusus serta memprioritaskan kesehatan dalam pembangunan daerahnya. Harus diakui, selama ini, Pemahaman visi kesehatan dari DPRD masih 'terbelakang'. Selama ini dirasakan bahwa sektor kesehatan masih dipandang dari sisi pelayanan kuratif saja, dan anggaran sektor kesehatan belum mendapat proporsi yang memadai.

Untuk itu, urgensi adanya forum kesehatan kota/kabupaten disetiap daerah yang terdiri dari pakar kesehatan dan tokoh masyarakat perlu dibentuk sebagai *sparing partner* bagi pemerintah daerah dan DPRD. Setidaknya untuk mendesak agar puskesmas tidak menjadi sumber PAD, melainkan sebagai kegiatan investasi dalam meningkatkan kualiats penduduknya. Kalau hanya sekedar mengejar PAD dan profit, sebar saja virus dan bakteri penyakit ke tengah-tengah masyarakat agar mereka jatuh sakit dan berobat ke puskesmas.

Dari uraian diatas, bisa disimpulkan bahwa esensi puskesmas adalah pusat kesehatan masyarakat, bukan sebaliknya hanya menunggu masyarakat sakit yang berobat ke puskesmas. Untuk itu, wacana puskesmas plus hendaknya perlu lebih dipertajam lagi ke hal yang substansiil, bisa dimulai dari penegakan maksud dan tujuan didirikannya puskesmas. Kondisi riil kesehatan warga kota Surabaya yang masih terjerat dengan berbagai penyakit infeksi yang mestinya dapat dicegah, harusnya menyadarkan kita untuk berbuat lebih.

Pemkot Surabaya dibawah komando duet Bambang – Arif perlu segera merumuskan konsep puskesmas yang berujung pada penyehatan penduduk, bukan sekedar takluk dibawah kendali rezim medis yang mengedepankan upaya pengobatan. Sudah saatnya masyarakat disadarkan dari kungkungan rezim medis ke arah yang lebih egaliter dan partisipatif Mampukah Pemkot Surabaya mewujudkannya ? *Wallahu'alam*

Puskesmas Delivery

Agung Dwi Laksono

Melihat kondisi yang telah berjalan selama puluhan tahun perjalanan pelayanan kesehatan yang dilakukan pemerintah, kita tidak bisa menutup mata memang telah menunjukkan adanya peningkatan derajat kesehatan penduduk, tapi bila dibandingkan dengan peningkatan derajat kesehatan yang dicapai negara-negara di dunia atau negara tetangga di Asia Tenggara, kita jauh tertinggal.

Menurut Yusanto (1995), di Indonesia dipekirakan setiap saat terdapat 15% sampai 20 % penduduk yang sakit dan memerlukan pelayanan dan obat. Dari sekian banyaknya, apabila semua daya dan sarana pelayanan medis dikerahkan, diperkirakan hanya 20 - 30 % saja yang dapat dilayani, sementara penduduk lain yang lebih banyak sekitar

85 %, yang tidak sakit dan tidak sedang mencari obat, malah tidak mendapat perhatian.

Dari kondisi tersebut jelas sekali ketimpangan yang terlihat antara penduduk yang kontak dengan institusi kesehatan dengan yang tidak kontak. Artinya dana yang dianggarkan oleh pemerintah untuk sektor kesehatan tersedot sebagian besar hanya untuk 1 - 2 % persen penduduk, sedang sisanya yang tidak sakit terabaikan, tidak ikut menikmati anggaran yang diperuntukkan bagi kesehatan seluruh penduduk. Sebuah keadaan yang timpang dan kurang menyentuh rasa keadilan.

Dipandang dari segi ekonomi, upaya kesehatan yang menekankan penyembuhan penyakit (kuratif/rehabilitatif) pada umumnya lebih mahal, karena banyak menggunakan teknologi kedokteran hilir (bisa jadi yang modern dan canggih). Pelayanan kesehatan yang demikian itu sering dianggap sebagai pengeluaran konsumtif dan bukan sebagai investasi produktif.

Inovasi Pelayanan

Dalam sektor perdagangan swasta komersil, kita tidak asing lagi mendengar istilah delivery service atau layan antar. Produsen mendatangi atau memberikan jasa layanan pada konsumen langsung di tempat konsumen berada, entah di rumah, di kantor, dimanapun konsumen

membutuhkan. Bukan mustahil metode delivery service ini diterapkan di institusi kesehatan, termasuk Puskesmas.

Hal ini sebenarnya termasuk konsep sederhana, yang telah dipahami dan dilakukan oleh tenaga kesehatan kita, bukan pada saat mereka bekerja di Puskesmas, tapi pada saat mereka masih di bangku kuliah. Entah sektor pendidikan kesehatan yang gagal, atau mahasiswa kesehatannya yang tidak memahami proses pembelajaran atau bahkan mereka lupa.

Dibangku kuliah, para calon tenaga kesehatan ini sudah dilibatkan secara tidak langsung ikut berpartisipasi di dalam pembangunan kesehatan. Mereka diterjunkan langsung ke masyarakat melalui ajang PKL (Praktek Kerja Lapangan), PBL (Praktek Belajar Lapangan), KKN (Kuliah Kerja Nyata), atau entah apalagi namanya.

Pada saat tersebut mereka langsung terjun ke masyarakat, jemput bola. Tanpa memikirkan pamrih mereka memberi penyuluhan, memotivasi masyarakat, bekerja sama dengan aparat, pamong desa, tokoh masyarakat, maupun ibu-ibu PKK, tidak ada sekat yang dapat membatasi para mahasiswa melakukan baktinya pada masyarakat, tidak ada kebuntuan komunikasi, tidak ada kendala uang transport, tidak ada jam kerja yang membatasi, ataupun kendala lain yang berarti, meski dengan ilmu dan pengalaman yang sangat terbatas. Sebuah konsep sederhana bukan?

Namun, saat mereka telah menjadi tenaga kesehatan di Puskesmas menjadi sebuah kontradiksi yang umum. Kegiatan tenaga kesehatan di Puskesmas hampir sembilan puluh persen berada di gedung Puskesmas, kunjungan atau kegiatan luar gedung hanya menjadi formalitas di atas kertas, sekedar memenuhi target pencatatan dan pelaporan. Sebuah kegiatan yang jauh dari harapan, menjadikan Puskesmas hanya sebagai 'balai pengobatan', bukan sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan dan sebagai 'Pusat Kesehatan Masyarakat'.

Kebijakan yang digariskan berdasar "paradigma sehat" yang mengedepankan intervensi preventif dan promotif tanpa melupakan kuratif/rehabilitatif masih sekedar formalitas. Aplikasi di lapangan, baik itu penetapan anggaran, maupun rencana kegiatan lebih besar ke arah kuratif/rehabilitatif.

Memanfaatkan Kelompok Warga

Pada era otonomi, seharusnya Pemerintah Kota Surabaya dapat mengembangkan suatu inovasi kebijakan, tidak hanya menjalankan apa yang diarahkan oleh pusat (Kementerian Kesehatan). Karena apa yang diarahkan oleh Kementerian Kesehatan lebih bersifat umum tanpa melihat potensi *lokal spesifik* masing-masing daerah.

Surabaya sebagai kota metropolis, dengan pinggirannya yang masih berupa kampung-kampung

mempunyai karakteristik lokal yang unik. Dimana tempat hiburan malam bertebaran di segala penjuru kota, tetapi majelis taklim maupun jam'aah Yasin tumbuh bak jamur di musim hujan, atau lihatlah Persebaya dengan puluhan ribu suporter bonek-nya yang fanatik, dan juga ludruk, kesenian khas Surabaya yang hampir punah itu.

Sampai saat ini baru terdengar upaya jemput bola berupa pemeriksaan sarang nyamuk yang kurang mendapat respon dari masyarakat, entah karena sosialisasi yang kurang dan tidak tepat, atau kesiapan tenaga (hanya mengandalkan Jumantik) dan alat kesehatan yang belum memadai, atau penetapan kebijakan yang kurang melihat potensi lokal.

Belum pernah terdengar ada 'Puskesmas' di Surabaya melakukan penyuluhan tentang AIDS di diskotik, penyuluhan flu burung di majelis taklim, sosialisasi masalah formalin di arisan ibu-ibu, penyuluhan cuci tangan di Kebun Binatang, sosialisasi masalah kesehatan reproduksi dan AIDS saat acara Deteksi Party, promosi perilaku hidup sehat dan bersih pada saat Persebaya main di Tambaksari, melibatkan Bejo Sugiantoro untuk mengajak *bonekmania* menghindari narkoba, atau nggandeng Cak Kartolo memasukkan materi kesehatan di *parikan* dan *kidungan*-nya.

Sudah saatnya Pemkot Surabaya berani melakukan inovasi kebijakan, memanfaatkan kondisi dan karakteristik lokal Surabaya. Puskesmas harus jemput bola, mendatangi dimana konsumen (bukan hanya pasien) berada.

Perlu segera disusun materi dan program yang jelas dengan melihat kemampuan dan sumber daya yang ada, perlu segera diinventarisir ada berapa majelis taklim di wilayah kita, ada berapa tempat hiburan yang bisa dimasuki, ada berapa sekolah yang bisa disuluh, dimana arisan ibu-ibu dilakukan bulan ini, kapan Persebaya tanding di Tambaksari, tanggal berapa akan ada konser musik yang mengundang massa.

Atau bisa juga Pemkot Surabaya memanfaatkan momen hari Minggu di tengah keramaian pedagang kaki lima di Tugu Pahlawan atau pedagang kaki lima di halaman Majid Agung. Tidak ketinggalam hari libur di Kebun Binatang Surabaya dan Pantai Kenjeran.

Dengan demikian rasa keadilan terpenuhi, anggaran kesehatan lebih merata dan *cost effective*, tidak hanya terfokus pada yang sakit, tapi juga yang tidak sakit. Tidak ada proteksi berlebih pada pasien HIV/AIDS sehingga tidak terjadi pelanggaran HAM, tidak ada ketakutan berlebih pada flu burung, sehingga tidak merugikan pedagang ayam, tidak ada kepanikan soal formalin, sehingga tidak membangkrutkan tukang bakso, mie, maupun pedagang ikan asin.

Juga, remaja terdidik, keluarga terbiasa berperilaku hidup sehat, masyarakat tidak terbebani, tidak terjadi kepanikan konyol akibat pengertian yang salah pada penyakit, karena kesehatan sudah menjadi budaya, bagian dari gaya hidup. Jelas, ini sebuah kegiatan inovatif sektoral yang berdampak sangat luas.

Maukah Pemkot Surabaya dan tenaga lapangan di Puskesmas melakukannya?

Mengembalikan Jati Diri Puskesmas[1]

Oryz Setiawan

Melihat perkembangan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, khususnya rumah sakit swasta di Kota Surabaya, sungguh menggembirakan, setidaknya bagi orang sakit. Mau tidak mau, institusi rumah sakit akan berkembang mengikuti pusaran arus pembangunan perkotaan.

Namun tidak demikian dengan puskesmas sebagai unit pelayanan kesehatan terdepan yang berhubungan langsung dengan masyarakat. Oleh karena itu, Pemerintah

---

[1] Dimuat dalam Harian Radar Surabaya Edisi Senin 24 Januari 2011 dengan judul yang sama.

Kota Surabaya melalui Dinas Kesehatan Kota, berupaya melakukan terobosan inovatif untuk mengembalikan fungsi puskesmas memenuhi aspek mutu dan kecepatan pelayanan. Beberapa upaya yang saat ini dikembangkan adalah layanan puskesmas *online*. Puskesmas ber-ISO, puskesmas perawatan, hingga puskesmas dengan layanan plus.

Berbagai terobosan program inovatif puskesmas selayaknya patut mendapat apresiasi. Namun demikian apakah berbagai pengembangan program layanan kesehatan tersebut dapat mengembalikan jati diri puskesmas yang sesungguhnya. Atau hanya merupakan sebuah kebijakan yang justru menggeser khittah puskesmas yang berbasis pada upaya kesehatan yang mengedepankan prinsip-prinsip preventif dan promotif, yang merupakan manifestasi pada paradigma sehat.

Sejauh mana modernitas layanan puskesmas dapat menjamin penurunan jumlah orang sakit secara signifikan. Serta apakah dengan meningkatnya kunjungan orang sakit merupakan indikasi bahwa puskesmas tersebut memiliki kinerja yang baik dan tergolong berhasil?

Sejarah Puskesmas

Berdasarkan runutan sejarah, puskesmas diawali pada masa pra kemerdekaan tahun 1925. Seorang dokter bernama Hendrich melakukan upaya pencegahan terhadap

penyakit menular, seperti malaria, pes, diare, dan penyakit demam, dengan memberikan penyuluhan tentang perbaikan dan penyuluhan sanitasi lingkungan yang buruk di wilayah Banyumas dan Purwokerto.

Kemudian pada awal kemerdekaan tahun 1951, Dr Y Leimena dan Dr Patah menyusun konsep Bandung Plain, yang berisi kegiatan kuratif dan promotif yang tak dapat dipisahkan. Pada Nopember 1967, Dr Achmad Dipologo menggunakan konsep puskesmas pertama kali, yang mengacu pada Bandung Plain.

Pada tahun 1979 konsep tersebut disempurnakan dengan menjalankan 12 fungsi puskesmas, yang dijalankan di wilayah kabupaten/kota dan tingkat kecamatan, dengan nama konsep layanan kesehatan dasar atau PHC (*Primary Health Care*), yang merupakan cikal bakal puskesmas.

Filosofi Puskesmas

Puskesmas memiliki tiga fungsi dasar, yakni sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pembinaan peran serta masyarakat dalam bidang kesehatan, dan pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama. Dari sinilah sebuah puskesmas melakukan fungsinya, sehingga suatu puskesmas dikatakan berhasil apabila lebih banyak dikunjungi orang sehat daripada orang sakit.

Mengapa? Karena misi utama puskesmas adalah mengurusi masyarakat, bukan sekedar tidak sakit, namun tetap sehat baik, secara fisik, psikis, sosial, dan produktif. Puskesmas bukan semata-mata dikonstruksi sebagai pusat 'kesakitan' masyarakat yang notabene lebih merupakan tempat pengobatan. Tetapi merupakan pusat penyehatan masyarakat yang berbasis pola preventif dan promotif.

Penonjolan fungsi pengobatan sesungguhnya merupakan ranah filosofi rumah sakit. Eksistensi puskesmas sebagai sentra layanan kesehatan berbasis partisipasi aktif masyarakat, kini telah bergeser sebagai institusi pelayanan masyarakat kelas marginal, dan sekedar pelengkap dari modernitas pelayanan kesehatan, yang cenderung dipengaruhi oleh mekanisme pasar. Fungsi puskesmas sesungguhnya adalah menyehatkan masyarakat agar tidak jatuh sakit, dan tetap memertahankan derajat kesehatan supaya tetap sehat secara berkelanjutan.

Puskesmas memiliki kekhasan. Yakni aspek nilai kedekatan psikologis yang mendorong timbulnya otomatisasi partisipasi publik secara akif. Dan pusat layanan kesehatan pertama yang mengedepankan upaya promotif dan preventif yang berbasis komunal.

Untuk itu, indikator keberhasilan suatu puskesmas apabila lebih banyak dikunjungi oleh orang sehat daripada orang sakit. Pada umumnya, masyarakat tak memiliki pilihan lain dalam memperoleh pengobatan, meskipun kualitas pengobatan di puskesmas masih relatif rendah dibandingkan

dengan tempat lain. Kendati begitu masyarakat tetap memilih puskesmas sebagai tempat berobat.

Pada umumnya masyarakat mempertimbangkan faktor ekonomi dan kedekatan lokasi dengan tempat tinggal mereka. Upaya pemerataan jumlah puskesmas di seluruh wilayah, akan memudahkan pencapaian atau efektivitas program kesehatan, melakukan pola monitoring secara berkesinambungan, agar munculnya problem kesehatan dapat lebih cepat dideteksi semenjak dini.

Makna Akreditasi Rumah Sakit bagi Kepentingan Publik[1]

Rachmad A. Pua Geno

Tak dapat dipungkiri bahwa pelayanan kesehatan (baca: Rumah Sakit) pada masa kini sudah merupakan industri jasa kesehatan utama, setiap rumah sakit bertanggung gugat terhadap penerima jasa pelayanan kesehatan. Keberadaan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan ditentukan oleh nilai-nilai dan harapan dari penerima jasa pelayanan tersebut (Nurachmah, 2001). Disamping itu, penekanan pelayanan kepada kualitas yang

[1] Dimuat dalam Harian Surya Edisi 24 Juli 2002 dengan judul yang sama.

tinggi tersebut harus dapat dicapai dengan biaya yang dapat dipertanggungjawabkan.

Dengan demikian, semua pemberi pelayanan ditekan untuk menurunkan biaya pelayanan namun kualitas pelayanan dan kepuasan klien sebagai konsumen tetap diutamakan, karena indikator tersebut masih tetap menjadi tolak ukur (*benchmark*) utama keberhasilan pelayanan kesehatan yang diberikan (Miloney, 2001).

Sejalan dengan adanya UU tentang Perlindungan Konsumen dan hasil amandemen kedua UUD 1945, tepatnya pasal 28H ayat I, para penerima jasa pelayanan kesehatan saat ini mulai menyadari hak-haknya sehingga keluhan, harapan, laporan, sampai dengan tuntutan ke pengadilan sudah menjadi suatu bagian dari upaya mempertahankan hak mereka sebagai penerima jasa tersebut. Munculnya berbagai Lembaga Perlindungan Konsumen merupakan indikasi kuat bahwa masyarakat sudah mulai sadar akan hak-haknya, meski belum semua.

Di samping itu, tak kalah pentingnya, isu AFTA 2003 dan globalisasi mengisyaratkan bahwa mekanisme pasar akan semakin didominasi oleh perusahaan yang mampu memberikan pelayanan atau menghasilkan produk unggulan yang memiliki daya saing tinggi dalam memanfaatkan peluang pasar, keadaan ini berlaku bagi industri perumahsakitan di Indonesia, tentu saja dalam perspektif otoda, termasuk Rumah Sakit di daerah.

Oleh karena itu industri jasa kesehatan semakin merasakan bahwa kualitas pelayanan adalah jawaban yang mutlak dalam rangka mempertahankan eksistensi mutu pelayanan dan menjawab tuntutan masyarakat terhadap mutu layanan. Selain itu upaya peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit di daerah adalah langkah terpenting untuk meningkatkan daya saing usaha daerah di sektor kesehatan.

Dalam upaya tersebut diperlukan alat untuk mengevaluasi mutu pelayanan Rumah Sakit. Salah satu strategi penting yang dilakukan dalam meningkatkan kualitas pelayanan medik rumah sakit saat ini adalah melalui standarisasi (akreditasi, audit klinis, dll).

Bahasan kita kali ini, sengaja dibatasi pada aspek akreditasi RS. Hal ini lebih disebabkan pelaksanaan program akreditasi RS akhir-akhir semakin gencar dilakukan. Namun, apa itu akreditasi dan pentingnya buat publik/masyarakat, hal inilah yang nampaknya masih menjadi 'misteri'. Akreditasi sering lebih dipahami sebagai 'konsumsi terbatas' para insan kesehatan, mulai dari pemerintah hingga orang-orang yang terlibat dalam jasa pelayanan kesehatan (dokter, perawat, dan tenaga di RS lainnya).

Sementara masyarakat, yang notabenenya pengguna pelayanan kesehatan sering 'ketinggalan kereta' dalam hal ini. Dengan kata lain masyarakat lebih sebagai 'obyek' daripada sebagai 'subyek'. Padahal dalam otoda, unsur masyarakat mendapat porsi yang cukup dominan. Tulisan ini ingin mengulas informasi seputar akreditasi,

harapannya agar 'makhluk' yang bernama Akreditasi Rumah Sakit lebih dipahami oleh publik (baca: masyarakat), alih-alih sebagai upaya pemenuhan hak publik atas informasi (the right of well information).

Seputar Akreditasi

Menurut kamus Webster, kata akreditasi adalah pertimbangan atau pengakuan bahwa yang bersangkutan adalah terkemuka. Sedangkan menurut Permenkes RI No 159a/Menkes/PER/II /1998 tentang Rumah Sakit, akreditasi adalah pengakuan bahwa Rumah Sakit memenuhi standart minimal yang ditentukan. Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa akreditasi adalah pengakuan resmi dari pemerintah yang diberikan kepada Rumah Sakit yang telah memenuhi standart pelayanan.

Penilaian akreditasi Rumah Sakit, dilakukan oleh sebuah komisi independen dibawah Departemen Kesehatan RI yang berkedudukan di Jakarta, yaitu Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan (KARS). Penilaiannya difokuskan pada kebutuhan dan harapan konsumen dan dengan komponen pelayanan yang menjawab EEQS (Equity, Efficiently, Quality and Sustainability) agar RS dapat bersaing di tingkat regional bahkan internasional. Didalamnya, terdapat ahli-ahli yang bertindak sebagai surveyor, yang direkrut dari daerah-daerah dan dipilih sesuai kualifikasi di

bidangnya. Sehingga KARS inilah yang bertanggung jawab terhadap hasil penilaian program akreditasi.

Pelaksanaan akreditasi Rumah Sakit juga dilaksanakan di luar negeri. Akreditasi Rumah Sakit di luar negeri dilakukan oleh komisi yang bersifat independen, misalnya ; di Amerika Serikat dilakukan oleh JCHAO (Joint Commission on Accrediatition of Health Care), di Australia oleh ACHS (Australian of Health Care Standart Council) dan di Belanda oleh NIAZ (Nederlands Instituut Voor Accreditatle Van Zie Kenhuiden). Singkatnya, program akreditasi bersifat universal alias mendunia.

Hasil dari program akreditasi di sebuah Rumah Sakit terdapat 4 kemungkinan yang akan diperoleh, mulai dari ; Tidak diakreditasi (tidak lulus, harus mengulang), Akreditasi bersyarat (belum memenuhi syarat secara keseluruhan), Akreditasi penuh (memenuhi standart yang telah ditetapkan, yang diberikan selama 3 tahun dan Akreditasi Istimewa (bagi Rumah Sakit yang menunjukkan pemenuhan melebihi standart yang telah ditetapkan).

Pelaksanaan akreditasi Rumah Sakit dilakukan secara bertahap sesuai dengan kemampuan Rumah Sakit, mulai dari tingkat dasar hingga tingkat lanjut (20 pelayanan). Untuk tingkat dasar adalah pemenuhan standart untuk 5 kegiatan pelayanan pokok, yaitu; Adminsitrasi dan Manajemen, Pelayanan medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan dan Rekam Medis. Sementara untuk kegiatan tingkat lanjutnya, antara lain; Keselamatan dan

Kesehatan Kerja, Penanggulangan Infeksi Nosokomial, Pelayanan Kamar Operasi, Pelayanan Farmasi, Pelayanan Radiologi, Pelayanan Laboratorium, Pelayanan Perinatal Resiko Tinggi. Logikanya, semakin tinggi tingkatannnya otomatis semakin bagus kualitas pelayanan sebuah Rumah Sakit.

Akreditasi bagi Publik

Makna akreditasi Rumah Sakit sering lebih diartikan sebagai kepentingan Rumah Sakit an sich, sementara maknanya bagi masyarakat justru 'tenggelam'. Hal ini menjadi sebuah ironi apabila kita kaitkan dengan semangat Otoda, yang menuntut partisipasi aktif masyarakat. Mestinya hal ini tidak boleh terjadi lagi, masyarakat patut mengetahui pentingnya arti akreditasi bagi mereka.

Memang dalam beberapa kasus, hal ini lebih disebabkan masyarakat juga 'tidak mau tahu' dalam masalah ini. Tapi satu hal yang pasti, aspek publik kelihatannya belum banyak dilibatkan. Bagi mereka, yang mereka tahu adalah pelayanan di Rumah Sakit tidak mengecewakan mereka dan keluarga yang dirawat sembuh. Tentu saja, pemahaman masyarakat yang semacam itu, tidak salah. Karena sebenarnyalah, salah satu tujuan akreditasi adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit, salah satu aspeknya adalah kepuasan konsumen.

Namun, bila kita lihat secara lebih dalam, ternyata akreditasi mempunyai makna yang lebih luas. Bagi Rumah Sakit, program akreditasi adalah instrumen yang valid untuk mengetahui sejauh mana pelayanan di Rumah Sakit tersebut memenuhi standart yang berlaku secara nasional. Status terakreditasi juga dapat meningkatkan kepercayaan masyarakat atas layanan di Rumah Sakit dan sebagai alat pencegahan terjadinya kasus malpraktek, karena dalam melaksanakan tugasnya, tenaga di Rumah Sakit telah memilki Standart Operating Procedure (SOP) yang jelas. Dengan kata lain, akreditasi bagi Rumah Sakit adalah bentuk pertanggungjawaban (accountability) dan perlindungan kepada masyarakat sebagai pengguna jasanya.

Selain makna diatas, bagi masyarakat, akreditasi dapat bermakna sebagai alat bantu yang shahih dalam menentukan pilihan tempat pelayanan kesehatan yang baik. Rumah Sakit yang telah terakreditasi tentu saja merupakan pilihan yang lebih bijaksana, karena Rumah Sakit tersebut telah memenuhi standart pelayanan yang berlaku, mulai dari tenaganya, peralatan medis, hingga fasilitas penunjang lainnya. Harapannya masyarakat lebih merasa ‘aman’ mendapat pelayanan di Rumah Sakit yang sudah terakreditasi daripada yang belum terakreditasi. Tentu saja, hal ini tetap tidak menafikkan ‘takdir’ Tuhan, tapi sebagai bentuk ikhtiar, wajib dilakukan. Seperti pepatah latin yang mengatakan “*ora et labora*”.

Diatas itu semua, tidak menutup kemungkinan pelaksanaan program akreditasi banyak diartikan sebagai 'proyek' untuk sebagian oknum dalam mengeruk keuntungan. Karena dalam pelaksanaannya, program ini membutuhkan sumber daya yang sangat besar, sehingga dalam implementasinya muncul nuansa KKN, suap dan istilah lainnya yang pada akhirnya adalah UUD (ujung-ujungnya duit). Singkatnya, semua bisa diatur asal ada duit.

Namun, seperti kata orang bijak, "Orang yang beruntung adalah orang-orang yang dapat mengambil hikmah positif dalam suatu kegiatan atau peristiwa". Maka marilah akreditasi RS kita maknai sebagai salah satu upaya 'jihad' mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Dan bagi oknum yang mengeruk keuntungan lewat program akreditasi RS, cukup kita doakan agar Tuhan menyadarkan mereka. *Wallahu Alam Bishshowab.*

Mencermati Arah Pendulum Industri Perumahsakitan[1]

Oryz Setiawan

Di tengah orientasi institusi pelayanan kesehatan yang mengedepankan efisiensi dalam menjaga pelayanan yang bermutu agar kelangsungan hidup institusi kesehatan dapat berjalan dengan baik. Industri perumahsakitan adalah salah satu contoh pelayanan kesehatan yang kini lebih didesain dengan pendekatan kaidah-kaidah ekonomi yang pada gilirannya akan mengarah pada kekuatan modal (*capital based*). Turbulensi yang sangat cepat di ruang publik

[1] Dimuat dalam Harian Bhirawa Edisi 3 Februari 2011 dengan judul yang sama.

dan kondisi global sangat mewarnai gerak dan arah industri kesehatan (rumah sakit) dalam melakukan penyediaan layanan jasa sesuai dengan kebutuhan masyarakat yang diidentifikasi dalam ceruk pasar global. Kecenderungan orientasi rumah sakit yang mengarah ke hubungan yang makin bersifat industrial yang ditandai dengan semakin kompleks hubungan antar manusia dalam proses manajemen yang menuntut efektivitas dan efesiensi sumber daya.

Pengelolaan yang semula bernuansa kekeluargaan berubah menjadi pengelolaan dengan basis manajemen modern yang perlahan mentransformasikan nilai-nilai dan pandangan konvensional menjadi sebuah nilai dan hubungan industrial menuntut akuntabilitas, responsibilitas tinggi terhadap publik. Mekanisme evaluasi internal institusi pelayanan kesehatan harus terus dilakukan secara periodik untuk menentukan sejauhmana derajat kontinum aspek sosial-ekonomi-bisnis. Dalam konteks ini suatu institusi rumah sakit harus mampu meletakan bandul pendulum kebijakan kearah keseimbangan terutama yang terkait dengan masalah pembiayaan kesehatan publik yang berdasarkan prinsip-prinsip keadilan. Secara *de facto* industri perumahsakitan sebagai institusi jasa bidang kesehatan yang memiliki posisi sangat strategis dalam spektrum derajat kesehatan masyarakat. Rumah sakit saat ini tidak mungkin lagi mengelak dari kompetisi layanan

seiring tuntutan konsumen terhadap kualitas layanan kesehatan.

Kualitas layanan yang bermutu perlu dibangun dengan cara mendengarkan dan mengikursertakan konsumen dalam membentuk proses desain jasa. Indutri jasa kesehatan tidak dapat bermain sendiri namun harus melakukan strategi kemitraan, aliansi sekaligus berkompetisi secara sehat dan etis. Sistem pelayanan rumah sakit sebagai bagian dari upaya sistem kesehatan nasional mau tidak mau menuntut penyedia layanan kesehatan memperhitungkan prinsip-prinsip ekonomi modern, seperti pengembangan infrastruktur, teknologi dan perhitungan untung-rugi dalam mempertahankan eksistensi bahkan pengembangan rumah sakit. Namun pada sisi humanisme tidak boleh dieksploitasi sebagai obyek dengan berbagai dalih untuk mengembangkan rumah sakit.

Konsep ekonomi yang digunakan proses pelayanan 'industri perumahsakitan' menunjukkan sinyalemen positif bahwa industri pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit masuk dalam perangkap grand design kekuatan pasar yang berbasis pada perhitungan unit cost. Bagaimana dengan kepentingan masyarakat miskin juga memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan? Tidak mudah untuk mendapatkan hak yang layak ketika mereka dirawat di rumah sakit, selain faktor ketidaktahuan (ignorancy) masyarakat, sosialisasi bentuk mekanisme subsidi yang sangat kurang, rawan manipulasi pihak penyedia jasa

layanan yang berimbas pada perbedaan perlakuan atau diskriminasi pada Standar Pelayanan Minimal (SPM) dan sifat pelayanan kesehatan lebih banyak yang bersifat inelastis. Meskipun prosedur tetap pelayanan standar sudah ada, namun tingkat implementasi berbeda.

Problem Etis

Di pihak lain, institusi pelayanan kesehatan pemerintah cenderung dikelola berdasarkan konsep-konsep ekonomi yang memperkenankan memperoleh keuntungan (profitable) walaupun sebagai bentuk cost recovery. Istilah subsidi telah mengalami pendistorsian makna oleh pemerintah agar mengelak dari kewajiban utama sebagai pengemban amanat rakyat sekaligus sebagai bentuk kompensasi atas kewajiban publik dalam membayar pajak.

Secara substansi istilah subsidi hanya boleh digunakan oleh organisasi non pemerintah karena berdasarkan terminologi filosofis, organisasi nonpemerintah juga memiliki kewajiban melayani kepentingan publik namun tidak melekat secara langsung. Pola menyeimbangkan fungsi layanan sosial dan otoritas ekonomi maka pemerintah berupaya mencari formulasi bentuk kelembagaan yang tepat. Di sisi lain sistem pemasaran jasa layanan kesehatan sangat berbeda dengan sektor manufaktur yang memperbolehkan untuk diiklankan dalam media massa, sementara jasa layanan kesehatan (rumah sakit) secara etis

dan moral tidak memperbolehkan diiklankan terbuka di khalayak umum termasuk media massa.

Memang pada realitanya batasan-batasan pemasaran sangat absurd sehingga tak khayal lagi kini upaya pemasaran layanan kesehatan tak lagi malu-malu. Meski bentuk pola pemasaran banyak dikemas dalam berbagai bentuk seperti pelatihan, seminar, diskusi kesehatan maupun jenis lain yang hampir sebagian besar melibatkan tenaga medis sebagai aktor utama dalam pelayanan kesehatan. Seiring dengan kompleksitas masalah kesehatan yang menuntut profesionalisme, akuntabilitas dan berorientasi pada kepentingan masyarakat (pasien) yang mengacu pada prinsip etika profesi. Bentuk kerjasama yang saling menguntungkan antara tenaga kesehatan dan pihak lain yang berkecimpung dalan ranah pelayanan kesehatan sangat berpotensi sebagai patologi dalam sistem pembiayaan kesehatan masyarakat yang menimbulkan bom waktu dikemudian hari.

Di bidang pelayanan kesehatan kekinian, obat menjadi salah satu elemen yang sangat esensial sehingga ketergantungan suatu pelayanan kesehatan sangat tinggi. Oleh karena itu pergeseran nilai-nilai sosial obat kearah komoditas bisnis yang menggiurkan dapat mendorong kenaikan komoditas jasa kesehatan yang tidak terkendali sehingga mempersulit akses masyarakat (miskin) terhadap pelayanan kesehatan. Penyedia jasa produk farmasi dengan menekan kualitas, keunggulan, tepat dosis, ketepatan

indikasi, efek samping yang mengacu pada prinsip *evidence based*. Jangan sampai kemajuan ilmu pemasaran (*marketing*) dewasa ini mampu menyulap obat-obatan yang kurang baik mampu mengalahkan kualitas obat-obatan yang sebenarnya lebih baik.

Membangun Rumah Sakit atau Aliansi Rumah Sakit[1]

Rachmad A. Pua Geno

Mengusik kembali tentang rencana Pemkot Surabaya yang membangun Rumah Sakit (RS) di kawasan barat Surabaya. Di berbagai kesempatan, pemkot Surabaya menyampaikan latar belakang pembangunan RS tersebut, seperti dilansir koran ini adalah untuk melayani penduduk di kawasan barat yang selama ini kurang mendapat akses

[1] Dimuat dalam Harian Surabaya Post Edisi Mei 2006 dengan judul yang sama.

pelayanan kesehatan yang memadai serta lebih meningkatkan derajat kesehatan warganya.

Tentu saja, rencana Pemkot menarik untuk didiskusikan lebih lanjut, bukan karena besarnya alokasi anggaran yang disediakan (hampir 80 milyar). Lebih dari itu, perlu dikaji tepatkah langkah Pemkot untuk membangun RS sebagai jawaban dalam usaha meningkatkan derajat kesehatan penduduknya ?.

Langkah awal yang dikaji adalah gambaran pelaksanaan pelayanan kesehatan yang ada di Surabaya. Diketahui jumlah institusi pelayanan kesehatan di Surabaya terdapat 38 RS besar (3 milik pemerintah), 48 puskesmas (5 puskesmas perawatan) yang tersebar di berbagai kecamatan, belum lagi beberapa klinik swasta serta ratusan praktek pribadi swasta yang tersebar di berbagai tempat. Rata-rata tingkat hunian di RS tersebut masih berkisar antara 60 – 65 % (standartnya 75%), artinya bila ditinjau secara teoritis maka tingkat hunian tersebut belum optimal. Selama ini model system rujukan antara institusi pelayanan kesehatan yang ada juga belum terkelola dengan baik.

Mengenai kinerja puskesmas, berdasarkan hasil penelitian Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur tentang Identifikasi Kinerja Puskesmas Berdasarkan *Balanced Scorecard* (2003), ternyata masih 20 puskesmas di Surabaya yang masih dikelola secara konvensional dan 26 puskesmas yang baru dalam tahap transisi. Belum satupun puskesmas di Surabaya yang dalam tahap *entrepreneur.* Artinya

pengelolaan puskesmas selama ini masih sangat sepi dari inovasi dan pihak Pemkot belum banyak memberikan kesempatan agar puskesmas lebih berkembang.

Dari sisi penyakit yang banyak ditangani di RS dan puskesmas, didominasi penyakit yang tergolong 'klasik' seperti ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Atas), diare, demam berdarah serta penyakit Infeksi, dll. Selain itu banyak ditemukan kasus-kasus akibat kecelakaan lalu lintas. Dengan kata lain, penyakit atau kasus tersebut lebih banyak disebabkan karena factor hygiene, kesehatan lingkungan, serta aspek keselamatan lalu lintas. Padahal penyakit tersebut mudah dihindari bila factor penyebabnya lebih diperhatikan, misalkan penyediaan air bersih, aspek keselamatan jalan raya, pembenaham transportasi, penerangan jalan, kebersihan lingkungan, dll.

Selanjutnya, yang perlu dicermati juga adalah konsep pengelolaan RS dewasa ini. Salah satu ciri khas RS adalah padat modal, artinya membangun RS membutuhkan dana investasi besar, tidak saja hanya saat membangunnya, justru dana operasional dan *maintenance* membutuhkan alokasi yang lebih besar. Oleh karena itu, dalam perkembangannya diperlukan konsep pelayanan RS yang berorientasi pada *'networking building'* antara institusi RS. Karena itu, statemen Pemkot bahwa latar belakang pendirian RS dikarenakan di kawasan barat belum ada fasilitas kesehatan yang memadai justru tidak sesuai dengan paradigma pelayanan kesehatan.

Kedepan justru dikembangkan model aliansi strategis kerjasama pelayanan, masing-masing RS memiliki ciri khas dalam pelayanan dan saling melengkapi (komplementer). Tujuannya untuk mengurangi biaya investasi peralatan kedokteran yang semakin tinggi, karena tidak ada RS yang sanggup melengkapi semua fasilitas. Hal inilah yang mestinya dikembangkan untuk bisa menjajaki *networking* antar RS di Surabaya. Bukan justru saling jor-joran dan terkesan berfikir sempit.

Mencermati hal diatas, sejatinya gagasan pendirian RS dengan tujuan melayani kesehatan penduduk agar menjadi sehat kembali dikarenakan ketidakmengertian kalangan pejabat di Pemkot Surabaya (bahkan kalangan birokrasi kesehatan) terhadap paradigma sehat yang kini dikembangkan. Pemkot Surabaya masih memakai konsep paradigma sakit yang menganggap derajat kesehatan penduduk analog dengan tersedianya institusi pelayanan kesehatan kuratif (RS).

Padahal masalah pemerataan kesehatan dan pemerataan pelayanan kesehatan adalah dua hal yang berbeda. Pemerataan kesehatan tidak selalu disertai dengan penyediaan pelayanan kuratif (RS) yang merata dalam pengertian matematik, seperti penempatan RS/puskesmas dan tenaga dokter di tiap kecamatan. Bukti menunjukkan bahwa keterikatan tersebut justru membuat biaya pemeliharaan kesehatan semakin mahal dan tidak terjangkau.

Mestinya, pemerataan kesehatan lebih diartikan sebagai pemerataan untuk hidup sehat, yang justru dapat dicapai melalui kegiatan lintas sektoral seperti ; (1) peningkatan pendidikan; (2) penyebaran informasi tentang kesehatan dan cara hidup sehat. (3) perbaikan sanitasi tempat tinggal, tempat kerja, sekolah, dan lingkungan secara umum; (4) penyediaan air bersih; (5) penyediaan makanan bergizi; (6) perbaikan sarana transportasi, penerangan dan komunikasi; (7) imunisasi dan pencegahan penyakit; (8) baru penyediaan sarana kuratif. Artinya penyediaan (pendirian) RS adalah alternatif terakhir setelah berbagai intervensi diatas telah dilakukan secara optimal. Pertanyaannya, sudahkah Pemkot Surabaya menyediakan sarana transportasi yang baik, penerangan, komunikasi atau air bersih yang layak di setiap tempat ? Jawabannya tentu saja belum, ambil contoh saja masih banyaknya tempat di Surabaya yang fasilitas transportasi (jalan raya dan penerangannya) yang masih belum layak.

Sebagai sebuah rekomendasi, Pemkot Surabaya perlu menelaah ulang rencana pendirian RS. Justru kegiatan yang perlu dilakukan antara lain; (1) Lebih memprioritaskan program/fasilitas yang mempunyai daya ungkit tinggi terhadap peningkatan derajat kesehatan penduduk ; (2) Mengupayakan adanya aliansi strategis antara instusi RS pemerintah dengan swasta; (3) Revitalisasi peran puskesmas sebagai layanan kesehatan masyarakat; (4) Perlu segera dirumuskan model jaminan pembiayaan kesehatan untuk

warga Surabaya. (5) Dan tak kalah pentingnya, Pemkot memposisikan sebagai pelaksana program yang bersifat *Public Goods* dan *Essential Goods* saja, sementara sector *private goods* diserahkan kepada sector swasta dengan mekanisme pasarnya.

Akhirnya, mungkin ada baiknya jika Pemkot Surabaya lebih mengalokasikan dana untuk memperbaiki jalan-jalan yang rusak di kawasan Surabaya agar lebih *hotmix* dan lancar. *Wallahu'alam*.

Otonomi Daerah

Perlunya Dewan Kesehatan Kota[1]

Rachmad A. Pua Geno

Merebaknya berbagai kasus yang berhubungan dengan kesehatan masyarakat, mulai dari penyakit malaria, demam berdarah, polio, busung lapar hingga flu burung diberbagai daerah termasuk di Surabaya menyisakan keprihatinan yang sangat mendalam. Tidak hanya karena banyak korban yang berjatuhan hingga nyawa menghilang,

[1] Dimuat dalam Jurnal Nasional Edisi 15 Maret 2006 dengan judul yang sama

namun juga berbagai kejadian yang beruntun tersebut terjadi ditengah penerapan kebijakan otono daerah (otoda).

Dalam kebijakan otoda yang telah diberlakukan sejak tahun 1999 dengan keluarnya paket UU Otoda, mengatur bahwa kewenangan bidang kesehatan diserahkan sepenuhnya kepada pemerintah kabupaten/kota (pemkab/pemkot). Pendeknya, sehat tidaknya penduduk di sebuah daerah adalah sudah menjadi tanggung jawab PemKab/Kota. Pemkab/kota berkewajiban untuk mengatur dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat didaerahnya Namun yang terjadi, alih-alih memperhatikan nasib warganya, para elit pemerintah dan legislatif sibuk mengurusi peningkatan kesejahteraan mereka sendiri dengan berbagai cara.

Tidak salah bila kemudian oleh beberapa pihak, termasuk pemerintah pusat (Depkes RI), dengan terjadinya berbagai kasus diatas yang terjadi di beberapa daerah, kembali menggugat kewenangan pemkab/kota dalam mengatur msalah kesehatan.

Selama ini kritik ditujukan terhadap implementasi Otoda yang dianggap hanya memindahkan pola sentralisasi di pusat pada daerah. Padahal, hakekat otoda adalah diberikannya kedaulatan kepada rakyat dengan memberikan kesempatan dan peran yang besar kepada rakyat untuk menentukan arah pembangunan dan sekaligus mengawasi akuntabilitas pelaksanaaan pembangunan tersebut oleh semua pelaku pembangunan kesehatan daerah, pemerintah

maupun swasta. Pendeknya, otoda adalah kebijakan untuk mendemokrasikan pembangunan, bukan untuk memindahkan pola sentralisasi masa lalu pada daerah.

Bila kita tinjau lebih dalam, 'kegagalan' otoda, termasuk dibidang kesehatan dikarenakan tidak berjalannya sistem pendukung yang ada. Pelaksanaan otoda setidaknya mensyaratkan dua aspek penting yaitu aspek *capacity building* aparat pemerintah dan legisltatif serta *institutional building* atau penguatan struktur pemerintahan dan *civil society*. Kedua aspek tersebut belum optimal, sehingga pelaksanaan otoda menjadi tersendat bahkan terkesan gagal.

Belajar dari merebaknya berbagai penyakit saat ini, tulisan ini membatasi pada aspek *institutional building,* Salah satu aspek penting agar otoda berjalan efektif adalah pengawasan dan partisipasi aktif dari masyarakat sebagai sebuah kekuatan *civil society.*

Meski yang memilih anggota DPRD dan kepala daerah adalah rakyat, masyarakat mesti terus mengawasi dan menilai kinerja mereka. Karena itu, masyarakat harus lebih disadarkan bahwa apapun janji muluk para wakil rakyat untuk terus memperjuangkan serta mendahulukan kepentingan rakyat yang 'dinyanyikan' saat Pemilu lalu, tetap harus diawasi dan diingatkan setiap langkah dan kinerjanya. Dengan sikap kritis tersebut, akan menjadi *warning* bagi setiap anggota legislatif dan elit pemerintah.

Salah satu wadah yang dianggap mampu untuk menyikapi hal ini adalah dibentuknya dewan/forum kota yang beranggotakan wakil masyarakat. Dewasa ini pembentukan dewan kota sudah semakin menjamur diberbagai kota/kabupaten. Namun persoalannya, ruang lingkup dewan kota yang ada saat ini terlalu luas sehingga kurang terfokus. Tanpa mengurangi arti keberadaan dewan kota secara umum, ide membentuk dewan kota yang lebih spesifik pada suatu bidang agaknya perlu segera digagas. Ada banyak bidang yang mesti perlu dikritisi secara khusus, salah satu yang urgent adalah bidang kesehatan.

Ada beberapa alasan khusus, perlunya pembentukan Dewan Kesehatan Kota/Kab selain alasan global yang disampaikan di awal tulisan ini, diantaranya :

Pertama; Pemahaman visi kesehatan dari DPRD masih ‘terbelakang’. Selama ini dirasakan bahwa sektor kesehatan masih dipandang dari sisi pelayanan kuratif saja. Anggaran sektor kesehatan belum mendapat proporsi yang memadai. DPRD tampak belum siap mengakomodasi kepentingan sektor kesehatan dalam kebijakan partai/fraksinya.

Tergambar dari hasil penelitian Fajar Ariyanti (1999), tentang “Gambaran Konsep Parpol di Bidang Kesehatan Dalam Mewujudkan Indonesia Sehat”, diketahui bahwa gambaran parpol di bidang kesehatan masih ‘primitif’. Isu politik kekuasaan lebih menarik untuk dibicarakan.

Terbentuknya Dewan Kesehatan diharapkan mendorong legislatif untuk lebih memperhatikan sector kesehatan.

Kedua, Selama ini pemahaman sebagian besar masyarakat terhadap kesehatan masih terbatas pada *curative oriented,* kesehatan masih dipandang sebagai suatu yang *privilege.* Kalaupun mereka anggap kesehatan adalah HAM, sebatas pada hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan kuratif. Padahal, hak untuk menikmati hidup sehat jauh lebih luas.

Menurut data Susenas 1998, pengeluaran rumah tangga untuk sekor kesehatan kurang dari 3 % dari total belanja rumah tangga, ironisnya untuk rokok dan alkohol sampai 4-7 % dari belanja rumah tangga. Hal ini membuktikan masyarakat masih kurang sadar arti pentingnya kesehatan. Menyadarkan pentingnya kesehatan menjadi salah satu peran penting Forum Kesehatan Kab/Kota.

Ketiga, bukan rahasia lagi banyak pemkot/pemkab belum memprioritaskan sektor kesehatan dalam pembangunan daerahnya. Kedudukan bidang kesehatan dalam pembangunan daerah masih dalam arus pinggir *(side stream)* pembangunan. Terbukti dari alokasi anggaran APBD untuk sektor kesehatan masih rendah. Sektor kesehatan (Rumah Sakit dan Puskesmas) dijadikan ‘sapi perahan’ untuk menggenjot PAD. Kesehatan masih dianggap sebagai sektor tidak produktif *(cost centered)*, sehingga cukup diberi anggaran kecil.

Munculnya Dewan Kesehatan Kota akan membantu advokasi pihak terkait bahwa kesehatan sebagai salah satu unsur utama SDM dan sebagai modal tahan lama *(durable capital)* yang mestinya ditempatkan sebagai pilar utama pembangunan daerah.

Keempat; Hal yang tak kalah pentingnya adalah upaya mewujudkan Kota/Kabupaten Sehat. Seperti yang sudah diketahui bahwa pemerintah sejak tanggal 1 Maret 1999 telah mencanangkan visi Indonesia Sehat 2010, visi tersebut menjadi pendorong untuk mengembangkan Kota/Kabupaten Sehat. Gerakan Kota/Kab Sehat adalah gerakan masyarakat yang berupaya secara terus menerus dan sistematis yang didukung pemerintah daerah setempat untuk meningkatkan kualitas lingkungan fisik dan lingkungan sosialnya melalui pemberdayaan potensi masyarakat (HAKLI, 1999). Salah satu strategi yang ditempuh dengan mengembangkan kemitraan pemerintah daerah, legislatif serta elemen masyarakat melalui Dewan Kesehatan.

Tentang keanggotaannya diambilkan dari beberapa stakeholder dalam masyarakat. Merujuk definisi 'masyarakat' sebagaimana yang tercantum dalam Sistem Kesehatan Nasional yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan RI bahwa pelaku penyelenggaraan pembangunan kesehatan adalah masyarakat, yang meliputi tokoh masyarakat, masyarakat madani, LSM, media massa, organisasi profesi, akademisi, para pakar serta masyarakat luas termasuk swasta. Dengan kata lain anggotanya tidak

harus orang yang berlatar belakang ‘kesehatan’, namun semua elemen yang punya *concern* terhadap upaya peningkatan kesehatan masyarakat dan mempunyai visi pembangunan berwawasan kesehatan.

Calon anggota dapat diusulkan oleh semua elemen masyarakat, kemudian pemilihan anggota bisa melalui proses *fit and proper test* yang lazim dilakukan untuk mengetahui sejauh mana visi dan misi pembangunan kesehatan mereka. Untuk menjamin kepastian hukum, pihak Pemerintah perlu membuat Perda atau aturan hukum lainnya yang mengatur hal tersebut. Keterlibatan wakil dari unsur pemerintah perlu diminimalisir, untuk menjaga kemandirian kinerja. Pemerintah cukup sebagai fasilitator dalam membantu operasionalisasi kerja.

Tugas dan fungsi Dewan Kesehatan perlu lebih dikhususkan ke hal-hal yang bersifat *policy* bukan hal yang berkaitan dengan teknis operasional lapangan. Hal ini perlu dilakukan untuk mencegah tumpang tindih dengan berbagai dinas yang ada. Secara garis besar tugas dan fungsi yang bersifat *policy* tersebut antara lain Pertama; Sebagai mitra *(sparring partner)* pemerintah kota/kabupaten, khususnya dalam proses pembangunan kesehatan. Kedua; Merumuskan visi dan misi pembangunan kesehatan Kota/Kabupaten. Ketiga; Turut terlibat dalam menyusun rencana strategis dan rencana kerja tahunan kesehatan daerah bersama pihak terkait, Keempat; Memantau akuntabilitas pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah,

Kelima; Mengkritisi berbagai kebijakan Pemkot/Kab yang mempunyai dampak terhadap persoalan kesehatan masyarakat.

Akhirnya, harus disadari bahwa ide pembentukan Dewan Kesehatan Kota hanyalah salah satu ikhtiar dalam mewujudkan proses pendemokrasian pembangunan di daerah agar lebih egaliter, partisipatif dan berwawasan kesehatan. Dengan adanya kasus polio, demam berdarah, busung lapar hingga flu burung bukannya akan mengembalikan kita ke masa sentralistik yang lalu. Justru bagaimana kita sekarang membenahi pelaksanaan otoda agar lebih baik dan tidak ditipu oleh sekelompok elit politik daerah yang di otaknya hanya memikirkan bagaimana memperkaya diri sendiri. *Wallahu'alam.*

Memilih Kepala Daerah yang Melek Kesehatan[1]

Rachmad A. Pua Geno

Di beberapa tempat di wilayah Indonesia, kini disibukkan agenda pemilihan kepala daerah (pilkada). Ada yang sudah pemilihan, ada pula dalam proses persiapan. Tentu berharap siapa pun figur pemimpin daerah membawa daerah menjadi lebih baik. Tantangan sebagai kota/kabupaten saat ini dihadapkan berbagai macam masalah yang harus diatasi dengan sistematis. Permasalahan masyarakat, terutama daerah urban atau perkotaan sangat

[1] Dimuat dalam Jurnal Nasional Edisi Juli 2010 dengan judul yang sama.

kompleks dan berdampak pada masalah ekonomi, sosial, peningkatan jumlah penduduk, serta perubahan lingkungan. Beberapa masalah muncul antara lain pengangguran, lahan permukiman sempit, dan polusi udara akan berdampak kepada penurunan derajat kesehatan masyarakat di daerah urban atau perkotaan.

Begitu peliknya masalah perkotaan, pada Hari Kesehatan Sedunia ke-62 tahun 2010, WHO mengambil slogan "1.000 Kota, 1.000 Kehidupan". Slogan ini mengandung makna ajakan dan motivasi agar pemimpin dan para penentu kebijakan dapat merumuskan dan menerapkan kebijakan publik yang berwawasan kesehatan. Juga ajakan dan motivasi agar tokoh masyarakat dan penggerak masyarakat bersama masyarakat melakukan aksi peningkatan kesehatan di lingkungan kehidupan.

Pemerintah bersama segenap komponen masyarakat harus lebih fokus melaksanakan program aksi terutama promosi dan preventif terkait dampak masalah perkotaan pada kesehatan masyarakat. Yaitu, melalui pengembangan kota berwawasan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat termasuk swasta dalam membangun warga masyarakat yang sehat. Untuk mengimplementasikan pengembangan kota berwawasan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, para pemimpin daerah perlu mengetahui isu dasar kesehatan agar mereka lebih melek kesehatan.

Pertama, perlu dipahami masalah pemerataan kesehatan dan pemerataan pelayanan kesehatan dua hal

berbeda. Pemerataan kesehatan tidak selalu disertai penyediaan pelayanan kuratif (RS) yang merata dalam pengertian matematika. Seperti, penempatan rumah sakit atau puskesmas dan tenaga dokter di tiap kecamatan.

Bukti menunjukkan keterikatan ini justru membuat biaya pemeliharaan kesehatan makin mahal dan tidak terjangkau. Pemerataan kesehatan harus diartikan sebagai pemerataan untuk hidup sehat justru dicapai melalui lintas sektoral seperti (1) peningkatan pendidikan, (2) Penyebaran informasi tentang kesehatan dan cara hidup sehat, (3) Perbaikan sanitasi tempat tinggal, tempat kerja, sekolah, dan lingkungan secara umum, (4) Penyediaan air bersih, (5) Penyediaan makanan bergizi, (6) Perbaikan sarana transportasi, penerangan dan komunikasi, (7) Imunisasi dan pencegahan penyakit, (8) Penyediaan sarana kuratif. Karena itu, penghitungan alokasi dana bagi kesehatan mesti meliputi cakupan bidang-bidang itu. Tidak terpaku pada alokasi kebutuhan pelayanan kesehatan saja yang justru berorientasi kuratif.

Kedua, revitalisasi puskesmas sebagai pusat pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan. Sesuai maksud dan tujuan, fungsi dan peran puskesmas harus lebih menitikberatkan sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan di kecamatan. Juga menumbuhkan pemberdayaan masyarakat dan keluarga di bidang kesehatan masyarakat. Selama ini, puskesmas tidak lebih

dari sebuah "miniatur RS", hanya menitikberatkan pada fungsi pengobatan.

Ke depan, puskesmas lebih bermakna merangsang bagaimana agar penduduk tetap sehat dengan pemberian pendidikan kesehatan, kegiatan promosi dan preventif, bukan menunggu penduduk sakit kemudian diobati. Indonesia, termasuk di Surabaya, berada dalam triple burden, yakni masih tinggi penyakit menular seperti malaria, diare, demam berdarah. Diiringi meningkatnya penyakit tidak menular seperti jantung, hipertensi, stroke dan diabetes. Dan diikuti munculnya new emerging infectious diseases, seperti flu burung. Sejatinya, semua dapat dicegah dengan pendekatan kemasyarakatan melalui berbagai program layanan luar puskesmas.

Terpenting pula, puskesmas hendaknya tidak lagi dibebani sebagai sumber pendapatan asli daerah (PAD). Kegiatan puskesmas perlu dilihat sebagai upaya investasi. Karena itu, pemerintah daerah perlu mengalokasikan dana sebagai dana investasi manusia yang bermanfaat dalam jangka panjang. Tolok ukur keberhasilan pemerintah daerah dalam bidang kesehatan bukan pada berapa banyak rumah sakit dan balai pengobatan yang didirikan atau berapa besar membiayai pengobatan bagi yang miskin, tetapi pada seberapa jauh penyakit menular dapat dicegah. Seberapa besar kematian yang tidak seharusnya bisa dihindarkan, seberapa jauh kecacatan akibat penyakit dapat dikurangi, seberapa jauh rakyat didorong berperilaku sehat, dan

seberapa jauh pemerintah daerah mengantisipasi kedatangan wabah baru sebelum masuk ke Indonesia.

Ketiga, mewujudkan gerakan kota sehat. Gerakan ini, merupakan gerakan masyarakat dengan berupaya terus-menerus dan sistematis didukung pemerintah daerah setempat meningkatkan kualitas lingkungan fisik dan lingkungan sosial melalui pemberdayaan potensi masyarakat (HAKLI, 1999).

Kegiatan green and clean sebagaimana dilakukan beberapa daerah perlu tambah porsi. Mungkin awalnya dititikberatkan pada aspek pengelolaan sampah dan kebersihan kampung (penyehatan lingkungan fisik). Selanjutnya, bisa berkembang terus ke arah penyehatan lingkungan sosial, seperti pelembagaan perilaku hidup sehat, pembudayaan olahraga, peningkatan disiplin masyarakat, penurunan angka kriminalitas dan seterusnya.

Keempat, mengupayakan program jaminan kesehatan bagi penduduk. Seiring diberlakukan UU Sistem Jaminan Sosial Nasional, pemerintah kabupaten /kota berupaya mampu menyediakan dana program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi penduduk yang diambil dari APBD dan pajak. Kelima, tak kalah penting merevitalisasi peran Dinas Kesehatan (Dinkes) sebagai kelompok dinas "produktif" tidak lagi sekadar dinas yang masuk dalam golongan "kesra" yang lebih berkonotasi pada definisi sosial dan konsumtif. Ke depan, Dinkes perlu dilibatkan dalam

jajaran koordinator perekonomian. Karena sejatinya sektor kesehatan adalah investasi dan produktif.

Urgensi Sertifikasi ISO bagi Puskesmas[1]

Oryz Setiawan

Sebagai salah satu institusi pelayanan kesehatan yang terdekat dengan masyarakat, peran puskesmas sangatlah strategis. Puskesmas dituntut mengembangkan inovasi pelayanan, yang umumnya dimanifestasikan dalam ukuran mutu layanan. Di sisi lain, puskesmas, terutama di perkotaan, masih dipandang sebagai tempat pelayanan kesehatan kelas dua jika dibandingkan dengan fasilitas

[1] Dimuat dalam Harian Pagi Jawa Pos Edisi Jum'at 10 Oktober 2008 dengan judul yang sama.

pelayanan kesehatan lain seperti rumah sakit, klinik, atau praktik dokter spesialis. Belakangan, Pemerintah Kota Surabaya berupaya agar seluruh puskesmas memiliki sertifikat *International Standard Organization* (ISO) 9001:2000.

Saat ini, beberapa puskesmas di Kota Pahlawan sudah punya sertifikat ISO, yang merupakan instrumen untuk mengukur sistem pelayanan secara berkesinambungan. Label ISO juga menjadi salah satu acuan untuk melakukan berbagai terobosan program inovatif seperti pengembangan puskesmas perawatan, penempatan dokter spesialis, puskesmas sayang ibu, puskesmas *online*, program *citizen's charter*, layanan puskesmas terpadu, juga konsep jejaring (poskesdes dan poskestren).

Pertanyaannya, bisakah implementasi puskesmas ber-ISO mengembalikan jati diri puskesmas yang sesungguhnya. Atau, akankah ISO itu hanya merupakan kebijakan yang justru menggeser *khittah* puskesmas yang mengedepankan prinsip-prinsip paradigma sehat? Seberapa jauh modernitas layanan puskesmas dalam ukuran ISO mampu menjamin penurunan jumlah orang sakit secara signifikan?

Yang juga perlu dipertanyakan, apakah peningkatan jumlah kunjungan orang sakit merupakan indikasi bahwa puskesmas tersebut memiliki kinerja yang baik dan tergolong berhasil? Memang, tren puskesmas ber-ISO akhir-akhir ini mencuat seiring dengan tuntutan masyarakat

terhadap layanan kesehatan yang bermutu. Tren itu seiring pula dengan pesatnya pertumbuhan sektor layanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik pengobatan, pusat kebugaran, klinik kecantikan, bahkan pengobatan alternatif, yang menambah aroma kompetisi sekaligus mempermudah akses bagi warga kota.

Penerapan ISO pada puskesmas cenderung mengikuti tren layanan jasa lain dalam mengukur kualitas layanan prima dan mengakselerasi kinerja puskesmas secara umum. Secara etimologis, kata “kesehatan” dalam puskesmas memiliki makna jelas. Yakni, kondisi atau status sehat masyarakat, bukan (sekadar) kondisi sakit atau tempat layanan orang sakit; bukan pula semata pusat pengobatan atau medistis. Dalam konteks tersebut, sadar atau tidak, para pengambil kebijakan telah mengidentikkan kesehatan dengan sesuatu yang berbau pengobatan atau medikal. Realitas inilah yang diyakini mengakibatkan puskesmas kehilangan roh sebagai pusat kesehatan berbasis masyarakat.

Karakteristik puskesmas adalah pusat pelayanan kesehatan berbasis masyarakat atau upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM), yang notabene bersifat *public goods.* Karena itu, bila diterapkan ISO, dibutuhkan biaya besar untuk memantau setiap aktivitas pelayanan puskesmas, termasuk audit internal secara berkala.

Berbeda halnya dengan institusi kesehatan lain seperti rumah sakit, klinik, atau praktik medis. Institusi ini

nyata-nyata menggunakan kata “sakit”. Jadi, wajar bila ranah aspek kuratif dan spektrum layanan pengobatan sangat dominan. Institusi tersebut juga mengadopsi prinsip-prinsip upaya kesehatan perorangan (UKP) yang lebih bersifat layanan personalmedikal (*privat goods*).

Dengan demikian, penerapan ISO pada puskesmas cenderung mengurangi tingkat efisiensi serta kontraproduktif dengan fungsi dan misi utama puskesmas. Standardisasi ISO lebih tepat bila diterapkan di industri perumahsakitan, yang memang didesain dengan ukuran-ukuran manajemen berorientasi keuntungan (*profit*). Jadi, puskesmas sepatutnya tidak perlu latah menggunakan ISO sebagai ukuran keberhasilan sebagai manifestasi prinsip-prinsip pengukuran kualitas manajemen modern.

Keberhasilan sebuah puskesmas memang tidak terlihat bak filosofi (maaf) “bau kentut”. Yakni, tidak berwujud, tapi baunya terasakan. Orientasi fungsi puskesmas sangat menentukan sendi-sendi dasar dan utama pembangunan kesehatan serta derajat kesehatan masyarakat.

Fungsi puskesmas bukan sekadar menyembuhkan orang sakit, melainkan upaya menjaga tetap dan bertambah sehat serta produktif. Ukuran-ukuran masyarakat sehat sebagai parameter kinerja puskesmas memang tidak senyata (*intangible product*) institusi pelayanan kesehatan lain. Rumah sakit atau klinik, misalnya, memiliki sifat histeria massa sehingga pengambil kebijakan lebih peduli atau lebih

ngeh. Sebaliknya, pelayanan kesehatan bagi orang sehat yang menjadi misi utama puskesmas “kurang menarik” dibandingkan kasus kesakitan, kematian, atau kasus medistis yang bersifat personal atau kemasalan.

Kegiatan puskesmas, antara lain, pembinaan posyandu, kader gizi, kader KB, “dokter kecil”, karang taruna, bidan desa. Semua melibatkan partisipasi elemen masyarakat sebagai bentuk pemberdayaan masyarakat untuk peduli terhadap munculnya masalah kesehatan dan potensi penyakit. Kegiatan puskesmas juga mendorong kesigapan penanggulangan bencana, yang merupakan komponen penting dalam mendukung upaya pelayanan kesehatan dasar di puskesmas.

Dalam melakukan fungsinya, puskesmas bersinergi lintas sektoral melalui sistem pranata sosial kemasyarakatan seperti pengajian, arisan, juga bentuk-bentuk interaksi kemasyarakatan lain. Misalnya, menjalin hubungan dengan tokoh agama dan masyarakat lokal (*keys factor*). Melalui hubungan dan komunikasi dengan masyarakat itu, puskesmas diharapkan bisa mengidentifikasikan berbagai permasalahan kesehatan, tingkat kesadaran masyarakat terhadap derajat kesehatan. Sekaligus, melakukan alternatif penyelesaian masalah kesehatan dan karakteristik penyebaran penyakit di masyarakat.

Salah satu tolok ukur keberhasilan fungsi puskesmas adalah peran dan partisipasi aktif masyarakat sebagai fokus pemberdayaan kesehatan masyarakat, bukan hanya

kunjungan masyarakat dalam bentuk pengobatan. Sifat kerja puskesmas sesungguhnya lebih banyak digunakan untuk terjun langsung ke lapangan (luar gedung). Jadi, tidak selayaknya puskesmas dibebani pendapatan yang bukan untuk kepentingan puskesmas. Dengan kata lain, puskesmas lebih didesain sebagai institusi "nonprofit". Kalaupun terdapat laba atau keuntungan, semua itu tidak boleh diambil oleh pemerintah daerah melalui dinas kesehatan dalam bentuk pendapatan asli daerah (PAD). Keuntungan yang diperoleh hanya digunakan untuk kegiatan operasi, investasi, pembelian alat, dan pengadaan teknologi kesehatan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan. Jadi, kekuatan puskesmas lebih banyak ditopang oleh kekuatan anggaran di pemerintah daerah melalui dinas kesehatan.

Reformasi Puskesmas di Era Otonomi Daerah[1]

Rachmad A. Pua Geno

Reformasi di segala bidang telah mulai dilakukan, termasuk reformasi di bidang kesehatan. Sejalan dengan berlakunya kebijakan otonomi daerah (otoda), urusan bidang kesehatan diserahkan sepenuhnya kepada kabupaten/kotamadya. Hal ini membawa konsekuensi bahwa reformasi di bidang kesehatan juga harus dilakukan oleh masing-masing daerah kabupaten/kotamadya. Dari

[1] Dimuat dalam Harian Pagi Jawa Pos Edisi 26 Maret 2002 dengan judul yang sama

beberapa pelaksanaan reformasi di bidang kesehatan yang sekarang tengah dilakukan, adalah reformasi puskesmas. Setidaknya ada 4 landasan pokok *(raison d'etre)*, mengapa puskesmas perlu mendapat perhatian (baca: direformasi).

Pertama; Citra puskesmas yang selama ini kurang baik, ditandai dengan kualitas pelayanan yang kurang bermutu. Rendahnya kualitas pelayanan lebih disebabkan oleh belum optimalnya pemanfaatan tenaga kesehatan di puskesmas (disfungsi petugas). Ambil contoh saja, masih banyak perawat puskesmas yang melakukan fungsi kuratif, mulai dari membuat diagnosa hingga upaya pengobatan. Padahal, fungsi perawat hakekatnya adalah lebih kearah perawatan *(caring)*. Kesibukan perawat dalam tugas kuratifnya, jelas mempengaruhi mutu pelayanan promotif dan preventif, karena banyak kegiatan *primary health care* yang tidak dilaksanakan dan akibatnya banyak informasi penting yang bersifat penyuluhan kepada masyarakat tidak tersampaikan (Rosalio Sciortino, 1999).

Sementara dokter puskesmas lebih berfungsi sebagai kepala puskesmas, yang waktunya banyak terserap pada urusan manajerial puskesmas. Sedangkan fungsi pelayanan medik yang menjadi kompetensinya menjadi terbatas. Akibatnya pelayanan yang diberikan puskesmas kurang bermutu, karena upaya pengobatan yang dilakukan adalah minimal, bahkan sering salah. Terbukti dari data di RSUD Syaiful Anwar Malang, menunjukkan dari 428 kasus rujukan

terdapat 288 rujukan dari puskesmas di Malang, diagnosanya tidak jelas (Kompas, 23/3/01).

Kondisi demikian diperparah dengan penampilan fisik puskesmas yang ‘ala kadarnya’ dan sikap tenaga kesehatan puskesmas yang kurang ramah alias judes dalam memberikan informasi kepada pasiennya. Telah menjadi rahasia umum, bahwa interaksi antara staf puskesmas dengan pasien tidak terjadi transfer pengetahuan dan informasi, yang ada adalah komunikasi tertutup/satu arah. Keberadaan pasien hanya menjadi obyek penderita yang tidak mempunyai kewenangan untuk bertanya terlalu jauh mengenai kondisinya. Rosalio Sciortino, dalam bukunya “Menuju Kesehatan Madani”, menyebut kondisi ini sebagai ‘konstruksi rahasia’ yang menunjukkan sebuah bentuk ektrim dari pengendalian informasi oleh staf puskesmas dengan membiarkan pasien dalam kondisi ketidaktahuan total mengenai masalah kesehatan diri mereka.

Situasi ini, dalam era otoda, tidak boleh terjadi lagi, karena masyarakat berhak tahu atas kondisi kesehatannya. Dalam UU Perlindungan Konsumen telah mengatur hal tersebut, bahkan UUD 1945 pasal 28H ayat 1, jelas menyebutkan bahwa setiap Warga Negara berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak, baik dari segi kualitas layanan maupun pemenuhan informasinya.

Kedua, Perencanaan program puskesmas selama ini bersifat *top down*, ditandai dengan penetapan upaya pokok puskesmas yang tidak sesuai dengan kebutuhan daerah.

Selama ini, puskesmas 'dipaksa' melakukan 18 usaha kegiatan pokok puskesmas, sehingga program yang berjalan tidak berkesinambungan dan tidak sesuai dengan realita dilapangan.

Pada masa sentralisasi, sebenarnya mekanisme untuk melakukan perencanaan secara *bottom up* telah disediakan, namun pada kenyataannya tidak pernah terjadi. Karena proses perencanaan puskesmas selama ini berjalan biasanya dikerjakan hanya oleh unit pelaksana dan dikoordinir oleh seseorang yang diserahi tugas oleh kepala puskesmas. Diperparah lagi, penerapan model penganggaran terpusat, maka sering kali apa yang direncanakan dengan apa yang didapat sering tidak *match*. Bahkan puskesmas yang tidak mengajukan perencanaan, tetap mendapat dana anggaran. Hal inilah yang membuat puskesmas tidak berusaha menyusun perencanaan yang baik. Ditambah lagi adanya fakta bahwa antara proses pengajuan dengan turunnya dana membutuhkan waktu yang sangat panjang. Sering ditemui rencana tahun ini, anggarannya baru keluar tahun depannya.

Kondisi diatas, sebenarnya lebih menunjukkan bahwa puskesmas tidak mempunyai kewenangan dan kemampuan dalam menentukan upaya yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat serta ketersediaan sumber yang dimiliki puskesmas. Hampir seluruh kegiatan puskesmas telah didesain dan diatur oleh pusat. Puskesmas hanya sebagai pelaksana segala kebijakan yang ditetapkan oleh pusat.

Dalam konteks otoda, prinsip otoda adalah pembangunan berbasis lokal masyarakat, maka puskesmas kedepan seyogyanya mempunyai kewenangan yang besar untuk merencanakan dan mendisain programnya sesuai dengan kondisi lingkup wilayah kerjanya, sekaligus juga kewenangan untuk mengelola sumber daya, baik tenaga kerjanya maupun pengelolaan keuangan.

Apalagi ditinjau dari segi kuantitas puskesmas di Indonesia yang sangat besar, sekitar 6.700 puskesmas, memiliki potensi strategis bagi pembangunan kesehatan didaerah.

Ketiga, Sistem informasi puskesmas sangat lemah. Hal yang sangat memprihatinkan adalah manajemen data dan informasi puskesmas yang sebenarnya dapat dimanfaatkan untuk peningkatan kemampuan manajemen pelayanan puskesmas. Ternyata lebih banyak digunakan sebagai sekedar 'laporan rutin' ke atas. Akhirnya data dan informasi yang diberikan tidak valid (baca: rekayasa). Budaya AAS (Asal Atasan Senang) sangat mengemuka. Ujungnya evaluasi puskesmas dalam bentuk stratifikasi puskesmas tidak pernah menunjukkan kondisi riil. Segalanya adalah rekayasa.

Dalam pelaksanaan otoda bidang kesehatan, puskesmas diharapkan sebagai sumber perencanaan pembangunan kesehatan daerah, sehingga sistem manajemen dan informasi puskesmas menjadi sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan daerah.

Logika sederhananya, bila sistem informasi puskesmas amburadul, maka pelaksanaan pembangunan kesehatan daerah kurang optimal, begitu sebaliknya.

Karena itu, upaya Dinas Kesehatan Kab/Kota yang melaksanakan program internetisasi di seluruh puskesmas di wilayah kerjanya patut mendapat dukungan. Diharapkan dengan program tersebut, aliran data dan informasi semakin lancar dan cepat. Namun yang perlu diingat, kesiapan SD di puskesmas, jangan sampai program diberlakukan tanpa melihat kesiapan tenaga di puskesmas. Bila tenaganya saja belum disiapkan, maka dana yang telah dikeluarkan akan sia-sia belaka. Intinya perlu ada peningakatan *capacity bulding* bagi tenaga di puskesmas.

Jangan sampai program Internetisasi hanya bertahan dalam hitungan bulan, disebabkan petugas di puskesmas 'tidak tahu' mesti diapakan komputer tersebut, akhirnya kembali pada 'cara lama'.

Keempat, Kesalahan penataan dan penerapan fungsi dan peran puskesmas. Selama ini fungsi dan peran puskesmas sebagai pusat pembangunan kesehatan dan pusat pembinaan peran serta masyarakat btidak pernah dijabarkan dalam operasional. Fungsi dan peran puskesmas selama ini ditonjolkan pada fungsi pengobatan saja, layaknya sebagai 'miniatur kecil Rumah Sakit'.

Kedepan, sejalan dengan penerapan paradigma sehat, fungsi dan peran puskesmas lebih menitikberatkan

sebagai penggerak pembangunan berwawasan kesehatan di kecamatan, menumbuhkan pemberdayaan masyarakat dan keluarga di bidang kesehatan. Namun tidak melupakan fungsi sebagai unit pelayanan kesehatan tingkat pertama yang bermutu dan efisien.

Akhirnya, dalam otoda ini, diharapkan penentu kebijakan di daerah dapat semakin menyadari pentingnya kesehatan bagi pengembangan sumber daya manusia di daerah. Salah satunya jalan yang perlu dilaksanakan segera, mereformasi puskesmas. *Wallahu alam bishowab*.

Quo Vadia Ra(Perda) AIDS[1]

Rachmad A. Pua Geno

Pada kesempatan peringatan Hari Kesehatan Nasional kali ini, ada baiknya kita menelaah kembali beberapa persoalan yang berkaitan dengan kebijakan kesehatan masyarakat, salah satunya adalah persoalan penanganan AIDS yang penyebarannya dewasa ini semakin meningkat.

Beberapa waktu lalu diberitakan rencana Pemkot Surabaya (cq. Bagian Hukum) sedang menggodok Raperda

[1] Dimuat dalam Harian Surya Edisi 1 Desember 2004 dengan judul yang sama

Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS (yang kemudian populer disebut Perda AIDS) sebagai antisipasi semakin meningkatnya angka kejadian kasus HIV/AIDS. Tentu saja rencana tersebut menarik untuk diulas lebih dalam karena bila benar akan di-perda-kan, mungkin Surabaya menjadi kota pertama yang mem-perda-kan AIDS. Tulisan ini mencoba mendiskusikan lebih lanjut, benarkah usulan perda AIDS sudah *on the right track* dalam menangani masalah AIDS ?

Berbagai fakta mengenai penyebaran AIDS yang semakin meningkat sudah tidak perlu diperdebatkan lagi. Bahkan ibarat “fenomena gunung es”, berbagai kasus yang dilaporkan hanyalah sekedar fakta dipermukaan, sementara kejadian sebenarnya justru lebih dari yang dilaporkan. Mungkin dari pertimbangan ini, mendasari Pemkot mengajukan Perda AIDS yang bertujuan untuk menekan penyebaran AIDS secara lebih luas.

Berbagai kelompok gayung bersambut mendukung perda AIDS, misalnya kelompok LSM peduli AIDS. Mereka menilai bahwa untuk menangani penyebaran HIV/AIDS yang semakin meluas harus dibuat peraturan perundangan yang tegas dan jelas. Seperti aturan keharusan memakai kondom di tempat lokalisasi. Adanya kewajiban RS untuk menerima penderita HIV/AIDS. Seperti yang tercantum dalam draft Raperda AIDS tersebut, bila melanggar akan dikenai hukuman dan denda yang setimpal. Dan tentu saja masih banyak lagi aturan-aturan yang diajukan.

Namun, bila kita telaah lebih jauh, sebenarnya telah terdapat mata rantai yang hilang (*missing link*), yang jelas nampak adalah kaitan antara berbagai upaya menekan penyebaran AIDS (baca : pencegahan dan penanggulangan) yang diatur dalam Perda AIDS dengan nilai (*Value)* dan filosofi penyakit AIDS itu sendiri. Hal inilah yang agaknya luput dari perhatian dari berbagai kelompok yang memperjuangkan Perda AIDS.

Sudah jamak diakui, bahwa persoalan AIDS adalah bukan sekedar persoalan kesehatan *an sich*, melainkan telah menembus ruang dan batas agama, ekonomi, social, hankam bahkan politik. Begitu luasnya ruang lingkup persoalan AIDS, nampak dalam model pendekatan multi lintas menteri sebagaimana tertuang dalam hasil sidang kabinet sesi khusus HIV/AIDS bulan Maret 2002. Terdapat 17 Kementerian yang dilibatkan dalam upaya penanggulangan HIV/AIDS. Artinya, pemerintah telah menyadari dan memahami bahwa upaya menanggulangi persoalan AIDS harus dilakukan secara lintas sektoral. Pertanyaannya, mampukah Perda AIDS mempunyai *power* yang begitu luas untuk melibatkan dan mengatur semua lintas sector tersebut ? Nampaknya perda AIDS hanyalah mengatur persoalan yang lebih bersifat teknis, tidak cukup disinggung bagaimana mengaitkan antara lintas sector dalam memerangi penyebaran AIDS.

Sangat ironis, bila pencegahan dan penanggulangan AIDS hanya didekati dari 1-2 sisi saja, seperti regulasi

pemakaian kondom atau aturan kewajiban RS menerima pasien AIDS, dan berbagai aturan teknis lainnya. Mestinya masalah penanggulangan AIDS, harus pula ditempuh melalui pendekatan pendidikan, pemberdayaan kaum perempuan, pemberdayaan ekonomi rakyat, revitalisasi kebudayaan paternalistic, perlindungan tenaga kerja (khususnya TKI), dll. Pertanyaan yang mendasar, sudahkah Perda AIDS mencakup kesemua pendekatan tersebut ? Sejatinya, dalam membuat sebuah kebijakan haruslah didasari dari filosofi persoalan yang dihadapi.

Memang betul, bahwa dalam pendekatan kesehatan masyarakat, salah satunya dikenal dengan pendekatan *'healthy public policy'*. Namun dalam hal ini, Pemkot Surabaya dan kelompok Peduli AIDS agak keliru menafsirkan kalimat *healthy public policy*, dianggapnya kebijakan tersebut haruslah kebijakan yang mengatur secara khusus tentang AIDS. Tentu saja penafsiran ini agak salah kaprah, kebijakan yang dimaksud adalah segala kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Pendek kata, persoalan yang menyangkut kesehatan, begitu pula AIDS tidak harus diatur dalam sebuah kebijakan khusus tentang AIDS. Mengingat akar masalah AIDS bisa timbul dari beberapa hal. Mengatasi AIDS seyogyanya bisa dilakukan dengan memperhatikan secara kritis berbagai kebijakan publik yang justru mempunyai potensi timbulnya penyebaran HIV/AIDS yang semakin meluas.

Sebut saja, regulasi tentang penertiban wisma panti pijat yang beberapa waktu lalu banyak disorot karena implementasinya tidak sesuai harapan. Adanya perda tentang perijinan wisma panti pijat, juga harus diartikan sebagai sebuah kebijakan yang bisa menekan penyebaran HIV/AIDS. Sudah menjadi rahasia umum, bahwa wisma panti pijat juga dipakai prostitusi terselubung, yang ujung-ujungnya meningkatkan penyebaran AIDS.

Begitu pula dengan regulasi tentang system pendidikan, mestinya kita juga memperjuangkan agar kurikulum tentang kewaspadaan terhadap HIV/AIDS disosialisasikan kepada para pelajar dalam bentuk kurikulum yang jelas.

Atau lebih ektrem lagi sebuah regulasi yang menyangkut perekonomian rakyat, juga perlu dikritisi oleh para kelompok peduli AIDS. Berbagai regulasi yang hanya menguntungkan para konglomerat dan merugikan kepentingan rakyat kecil, mestinya harus diprotes. Karena ketertindasan secara ekonomi yang dialami rakyat kecil merupakan salah satu alasan mereka untuk masuk ke dunia hitam, baik dunia prostitusi maupun narkoba.

Begitulah sejatinya, kita memandang sebuah persoalan AIDS. Kita perlu menyadari filosofi AIDS yang bukan lagi sebuah persoalan yang berdimensi tunggal. Mungkin komentar ini tidak populer, karena selama ini para kelompok peduli AIDS selalu memakai 'kacamata kuda' dalam memandang cara penghentian penyebaran AIDS.

Perjuangan untuk mem-perdakan AIDS justru tidak cukup efektif untuk menghentikan penyebaran AIDS. Begitu pula dengan upaya melarang RS menolak menerima pasien HIV/AIDS justru perlu disikapi hati-hati. Dalam penanganan pasien AIDS memerlukan standarisasi, baik fasilitas sarana dan prasarananya. Bila sebuah RS belum mampu memenuhi standart tersebut, haruskah dipaksakan untuk menerima pasien AIDS ? Bila digebyah uyah, alih-alih sebagai upaya penanggulangan AIDS, justru menimbulkan bahaya bagi orang lain di lingkungan RS tersebut.

Untuk itu, sudah saatnya kita mereorientasi dalam memandang persoalan AIDS. Munculnya perda AIDS justru merupakan kebijakan ‘potong kompas’, persoalan menangani AIDS terlalu sempit untuk diperdakan, bahkan diundang-undangkan sekalipun. Pendekatan lintas sector dan produk kebijakan yang ‘sehat’ adalah kunci utama dalam upaya penanggulangan AIDS.

Pengendalian Tembakau

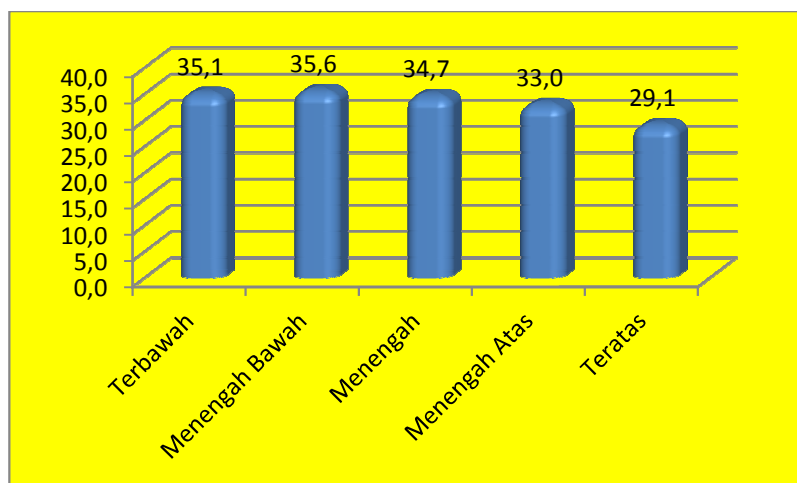
Indonesia, Negeri Para Smokers![1]

Agung Dwi Laksono

Indonesia masih tetap saja menjadi surga bagi para ahli hisap. Hasil survey Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) terbaru menunjukkan bahwa terjadi trend peningkatan proporsi penduduk berumur lebih dari 10 tahun yang merokok. Data terakhir di tahun 2013 menunjukkan angka 24,3% orang merupakan perokok aktif atau merokok setiap

[1] Diperbaharui dari artikel berjudul "Indonesia… Negeri Para Smokers" dari buku Serial Diskusi Masalah Kebijakan Kesehatan "Jebakan Kebijaksanaan".

hari. Secara nasional proporsi seluruh perokok menunjuk angka 33,4%. Angka proporsi ini meningkat dibanding data tahun 2007 yang terjaring 'hanya' 29,2% orang Indonesia saat itu adalah perokok.

Proporsi perokok terbesar ada di Propinsi Jawa Barat sebesar 37,2% dan terrendah ada di Propinsi paling Timur, Papua, sebesar 24,6%. Sebuah bentangan variasi yang tidak terlalu besar! Artinya proporsi perokok antar wilayah di Indonesia cenderung merata.

Gambar 1. Proporsi Perokok menurut Tingkat Sosial Ekonomi di Indonesia Tahun 2013

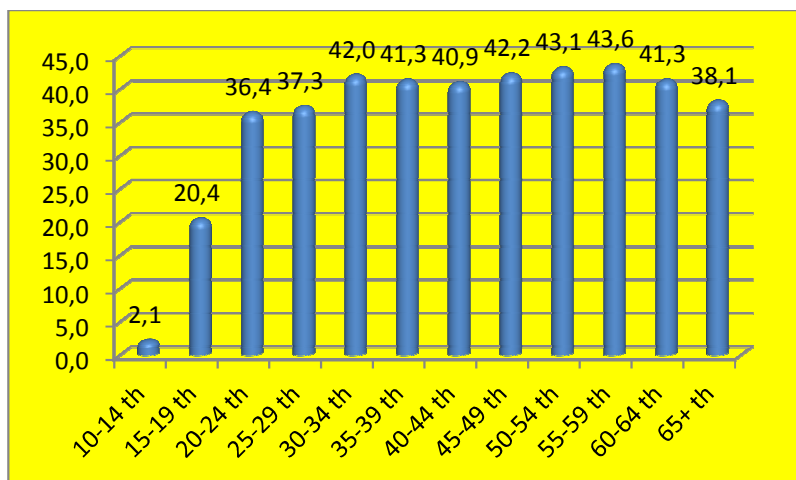
Kebiasaan merokok sebagai sebuah perilaku sudah mendarah daging dalam masyarakat kita! Dalam semua karakteristik, keberadaan ahli hisap ini hampir merata. Baik berdasarkan pendidikan, tingkat sosial ekonomi, kelompok

umur, maupun tipe perdesaan-perkotaan. Hanya saja pada karakteristik tingkat sosial ekonomi menunjukkan kecenderungan bahwa semakin miskin masyarakat kita semakin meningkat proporsi jumlah perokoknya, meski terlihat tipis peningkatannya (Gambar 1).

Pada karakteristik jenis kelamin menunjukkan dominasi laki-laki disbanding perempuan. Laki-laki perokok sebesar 64,0%, sedang perempuan perokok sebesar 2,7%.

Secara harian... rata-rata nasional para perokok ini menghisap 12 batang rokok perhari. Jumlah ini setara dengan satu bungkus rokok perhari! Bayangkan! 33,4% dari 237.641.326 jiwa penduduk Indonesia (versi BPS tahun 2010). Hal ini sama dengan 79.372.203 bungkus rokok setiap harinya... SETIAP HARI!!! Maka sangat pantas saja pabrik rokok begitu makmur di negeri ini, dan para pemiliknya tak terlah turun dari daftar orang terkaya di dunia.

Sasaran Efektif!

Keinginan para peduli bahaya rokok untuk merubah perilaku masyarakat yang tergolong masif ini seperti membentur tembok beton. Karena melawan korporasi yang sungguh kuat. Hal ini terbukti dengan kasus pelenyapan pasal 'rokok' dalam Undang-undang Kesehatan yang terbaru. sebuah bukti tentang kekuatan keberadaan mereka.

Gambar 1. Proporsi Perokok menurut Kelompok Umur di Indonesia Tahun 2013

Sejatinya sasaran yang bisa digarap ada pada kelompok umur sekolah sebelum masuk sekolah lanjutan atas (10-14 tahun). Khusus pada kelompok umur ini frekuensinya hanya sebesar 2,1%. Tapi pada kelompok umur berikutnya (15-19 tahun) melonjak tajam menjadi 20,4%. Persentase ini setidaknya sama dengan hasil survei yang saya dilakukan bersama tim di 6 sekolah SLTP di Kota Jogja dan Malang.

Pada kelompok umur 10-14 tahun ini adalah masa-masa pancaroba, masa-masa peralihan menjadi dewasa. Masa-masa 'coba-coba'. Termasuk coba-coba perilaku baru. Jadi intervensi perilaku lebih memungkinkan di *moment* ini!

Golden moment sebelum mereka benar-benar memilih merokok sebagai sebuah atribut dari perilaku mereka.

Bagaimana dengan para perokok yang dewasa? Bila terlalu bebal, mungkin saja pilihan terbaiknya adalah diabaikan. Toh mereka akan habis sendiri pada masanya. Tapi tetep saja harus kita batasi ruang geraknya. Untuk itulah diperlukan kebijakan pengaturan kawasan terbatas ataupun bebas rokok.

Bagaimana menurut anda?

Pelabelan Rokok Tar dan Nikotin Rendah Menyesatkan[1]

Rachmad A. Pua Geno

Belum banyak diketahui publik, ternyata Badan Kesehatan Sedunia (WHO) dalam *Frame Convention on Tobacco Control (FCTC)* menyatakan telah melarang penggunaan istilah pelabelan ***Rokok berTar dan Nikotin (Tarnik) Rendah*** (*low tar and nicotine*)***,*** yang biasa disebut

[1] Dimuat dalam Harian Radar Surabaya Edisi September 2004 dengan judul "Pelabelan Rokok Ber-Tar dan Nikotin Rendah Menyesatkan".

mild, light, ultra light dan *slim.* Karena dianggap menyesatkan bagi masyarakat (www.gatra.com edisi 13 Agustus 2004). Disebut menyesatkan, karena seolah-olah merokok dengan rokok ber-tarnik rendah lebih 'aman dan sehat' dibandingkan rokok yang lain (baca : rokok bertarnik tinggi atau rokok kretek).

Pernyataan WHO tersebut, bila dalam konteks di Indonesia menarik diperbincangkan, karena saat ini produk rokok bertarnik rendah semakin banyak diproduksi. Bagaimana faktanya sebenarnya? Inilah yang perlu diketahui oleh masyarakat sebagai konsumen. Publik berhak untuk mendapatkan informasi *(right to get information)* sebagaimana diatur dalam UU No. 8 Tahun 1999 Tentang Perlindungan Konsumen. Hak Konsumen dijelaskan dalam pasal 4, dimana salah satu hak konsumen adalah "Hak atas informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa".

Sementara pihak produsen juga mempunyai kewajiban untuk tidak menutup-nutupi informasi yang benar mengenai produknya, sebagaimana tercantum dalam pasal 7 poin b yang berbunyi "pelaku usaha berkewajiban memberikan informasi yang benar, jelas, dan jujur mengenai kondisi dan jaminan barang dan/atau jasa serta memberi penjelasan penggunaan, perbaikan, dan pemeliharaan".

Menjamurnya produk rokok bertarnik rendah yang dikeluarkan oleh perusahaan rokok tidak terlepas dari dikeluarkannya PP 81/99 Tentang Pengamanan Rokok Bagi

Kesehatan (kemudian direvisi menjadi PP 38 Tahun 2000). Salah satu yang diatur dalam PP tersebut adalah penetapan kadar tar dan nikotin pada setiap batang rokok yang tidak boleh melebihi kandungan nikotin 1,5 mg dan kandungan tar 20 mg. (Meski, dikemudian hari hanya disebut, pembatasan tar dan nikotin sampai dengan batas yang tidak membahayakan manusia, seperti tercantum dalam PP No 19 Tahun 2003 tentang perihal yang sama).

Pembatasan tersebut sebagai batas tertinggi yang bisa ditolerir oleh kesehatan tubuh kita, apalagi di Indonesia kandungan tar dan nikotin masih sangat tinggi yaitu 40-60 mg untuk tar dan 2-3 mg untuk nikotin. Namun yang terjadi, pengaturan tarnik justru menjadi ‘kartu as’ bagi industriawan rokok untuk tetap eksis dengan bisnis ‘asap’ ini. Berlindung dibalik peraturan tentang penetapan kadar tarnik, dijadikan sebagai ‘pembenaran’ untuk mengklaim bahwa rokok dengan kadar tarnik rendah aman bagi kesehatan. Dengan bantuan biro jasa iklan, mereka mengemas pesan yang sangat halus dalam mempengaruhi masyarakat. Dengan teknik pemasaran yang menyesatkan, mereka memakai istilah *‘light’, ‘low’, ‘mild’* untuk memutarbalikkan fakta tentang pengaturan label rokok tarnik rendah.

Para industriawan rokok berusaha menggiring masyarakat dengan ‘pemahaman baru’ *(brand new image)* bahwa rokok ber-tarnik rendah tidak berbahaya bagi tubuh

manusia. Hal inilah yang menjadi keprihatinan serius di kalangan aktivis kesehatan masyarakat.

Berdasarkan litetarur yang ada, rokok bertarnik rendah tidak serta merta menurunkan resiko terkena penyakit akibat rokok. Merokok dengan tarnik rendah bukan berarti aman, karena tar dan nikotin hanyalah bagian kecil dari 4.000 zat kimia (arsen, amoniak, aseton, merkuri, dll) dalam asap rokok yang dapat membahayakan kesehatan.

Bagi para perokok, rokok berkadar nikotin rendah justru akan memicu mereka untuk menghisap lebih banyak rokok, karena perokok baru berhenti bila kadar kebutuhan nikotin dalam darah si perokok terpenuhi. Artinya frekuensi merokok semakin bertambah.

Selanjutnya efek dari bertambahnya frekuensi merokok, berdampak pada akumulasi zat-zat karsinogen dan hidrokarbon aromatik (zat tersebut merupakan penyebab kanker). Dengan kata lain resiko terkena kanker paru justru meningkat lebih tajam dan lebih berbahaya lagi, hal ini tanpa disadari oleh si perokok.

Menurut penelitian *American Cancer Society* (2000) menemukan bahwa rokok ber-tar rendah dapat menyebabkan *adenocarcinoma* (salah satu partikel penyebab kanker paru). Sehingga tidak benar bahwa merokok dengan kadar tar rendah akan menurunkan kanker paru dan Penyakit Jantung Koroner. Kesimpulannya, tidak ada beda antara rokok bertarnik rendah dengan rokok bertar

tinggi!!, sama-sama menimbulkan berbagai penyakit seperti; penyakit jantung koroner, kanker, gangguan kehamilan dan janin, bahkan penyakit yang sangat ditakuti kaum pria yaitu impotensi (Bandingkan dengan berbagai iklan rokok yang menggambarkan kejantanan, macho, pemberani, hidup elegan, dan keperkasaan).

Dari kejadian tersebut, masihkah kita membiarkan masyarakat terbius dalam jeratan iklan rokok tarnik rendah yang membodohi masyarakat ? kiranya peringatan yang pernah dilontarkan oleh WHO bahwa “Rokok adalah eufemisme untuk produk yang diciptakan secara cerdik, mengantarkan jumlah nikotin yang pas sehingga pemakainya ketagihan seumur hidup sebelum membunuh ajalnya” patut kita resapi.

Akhirnya, sudah saatnya kita menyadari bahwa “Kesehatan Adalah Hak Asasi Manusia”. Oleh karena itu, akses informasi tentang bahaya rokok bagi kesehatan bagi seluruh lapisan masyarakat haruslah terjamin keberadaannya. Jangan ada yang ditutupi, apalagi semata-mata hanya demi kepentingan kelompok industriawan rokok. Mengingat kesehatan sangat menentukan kualitas sumber daya manusia, yang pada gilirannya berperan penting dalam pembangunan bangsa Indonesia. Jangan biarkan anak cucu kita menjadi “generasi rokok”!!. *Wallahu’alam*

Potret Kegamangan Kebijakan Produk Rokok[1]

Oryz Setiawan

Produk yang satu ini memang memiliki kekuatan yang luar biasa terutama di sektor ekonomi dan berbagai kepentingan industri dan sisi bisnis yang sungguh luar biasa. Terbukti dari hasil cukai industri rokok mampu menginjeksi lebih dari 60 trilyun rupiah pada struktur anggaran negara tahun 2011 dan akan selalu meningkat seiiring dengan pengetatan termasuk pembatasan yang lebih ketat untuk

[1] Dimuat dalam Harian Bhirawa Edisi 30 Mei 2012 dengan judul yang sama.

iklan, promosi, dan sponsor produk tembakau. Di sisi lain, tetap memperhatikan hak industri (produsen), khususnya untuk melakukan kegiatan pemasaran dan komunikasi tentang produknya yang merupakan produk legal dan diakui negara.produk rokok dari tahun ke tahun. Dengan katalain, secara kontekstual pemerintah amat jelas mengalami kegamangan dan cenderung bersikap ambigu dalam kebijakan produk rokok. Rokok dicaci (namun) cukai rokok amat dinanti, inilah kira-kira gambaran bahwa produk dan industri rokok adalah ancaman sekaligus peluang. Ancaman karena justifikasi aspek kesehatan dan peluang dari sisi ekonomi.

Tak dapat dipungkiri bahwa eksistensi rokok dalam ranah publik dan struktur ekonomi masih begitu kuat walaupun berbagai kebijakan untuk meminimalisasi dampak rokok terus berlangsung masif. Pada tahun 2010 lalu melalui Forum Ijtima' Ulama komisi Fatwa Se-Indonsia III yang memutuskan bahwa merokok hukumnya 'dilarang' antara haram dan makruh. Fatwa haram dikhususkan bagi anak-anak, remaja dan wanita hamil serta merokok yang dilakukan di tempat-tempat umum dan pengurus MUI. Walaupun demikian sebagian kalangan ormas Islam lebih cenderung 'hanya' memakruhkan saja. Kelompok ini beralasan bahwa sebagian besar petani tembakau, buruh rokok dan konsumen rokok adalah memiliki ketergantungan mata pencaharian berhubungan dengan tembakau dan

rokok. Jika dilarang maka akan timbul gejolak sosial yang pada akhirnya dapat mengancam sendi-sendi kebangsaan.

Selain itu Kementerian Keuangan juga terus menaikkan konstribusi rokok berupa cukai yang signifikan. Dengan dinaikkan cukai rokok diharapkan mampu menurunkan tingkat konsumsi rokok dan jumlah perokok. Namun apa lacur, dari hasil penelitian dan survey tampaknya jumlah konsumsi rokok bukannya menurun namun meningkat apalagi kini konsumen rokok juga merambah usia remaja dan anak-anak sehingga Indonesia kini dijuluki sebagai negara baby smoker atau negara dengan perokok terbanyak dari kalangan remaja dan anak-anak. Dan yang paling aktual adalah kebijakan penyusunan Rancangan Peraturan Pemerintah tentang Pengamanan Produk Tembakau (RPP PPT) yang hingga kini masih ditentang oleh petani, buruh dan kalangan industri rokok. RPP Tembakau yang pada intinya mengatur perilaku merokok dan melindungi masyarakat dari dampak bahaya akibat merokok terutama generasi muda dan kelompok rentan (ibu hamil, bayi, balita dan anak-anak) yang dapat meningkatkan prevalensi kesakitan bahkan kematian. Sebab pada dasarnya yang paling berbahaya adalah dampak asap rokok yang notabene menyerang kelompok perokok pasif. Pada tahun 1995 hanya ada sekitar 34 juta perokok, tapi berdasarkan data Riskesdas tahun 2010 diketahui bahwa 34 persen atau sekitar 80 juta orang Indonesia merokok setiap harinya.

Penyadaran Masyarakat "Merokok dapat menyebabkan kanker, serangan jantung, impotensi dan gangguan kehamilan dan janin" begitu peringatan yang tertera dalam setiap kemasan rokok. Namun demikian bagi penggemar dan penikmat rokok, peringatan yang dapat mengancam kesehatan sebagai investasi hidup tersebut seakan kebal dan mengacuhkan 'ancaman kesehatan' berbahaya. Kenikmatannya melebihi resiko penyakit yang terkandung dalam sebatang rokok. Memang eksistensi rokok tak kalah dengan kebutuhan bahan bakar minyak (BBM) yang sangat vital dan menyangkut berbagai sisi kehidupan banyak pihak sehingga upaya pelarangan yang bersifat revolusioner berpotensi mengancam sendi-sendi bangsa. Upaya yang paling mungkin adalah upaya yang bersifat "pembatasan" atau pengurangan jumlah perokok yang bersifat mempersempit ruang gerak perokok yang secara bebas dapat mengganggu masyarakat yang tidak merokok terutama seperti kelompok rentan (ibu hamil, bayi, balita dan anak-anak). Oleh karena itu sudah banyak daerah yang menerapkan Kawasan Tidak Merokok (KTM) dan Kawasan Terbatas Rokok (KTR) adalah lebih sebagai upaya membatasi masivitas perokok.

Dalam sebuah berita di salah satu koran nasional menurunkan judul bahwa sepuluh tahun merokok, setara dengan biaya haji. Makna yang terkandung sangat jelas bahwa biaya membeli dan membakar rokok selama satu dasa warsa ternyata dapat dipergunakan untuk kegiatan

yang bermanfaat apalagi untuk kebutuhan menunaikan ibadah. Hasil penelitian dari Lembaga Demografi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia (FE UI) menyebutkan bahwa banyak rumah tangga termiskin atau berpenghasilan rendah mengeluarkan biaya rumah tangga untuk rokok ada 57 persen atau enam diantara 10 rumah tangga termiskin. Di sisi lain temuan terkini di Indonesia tren perokok aktif anak-anak dan remaja juga meningkat pesat atau baby smoker. Saat ini, ada 69 persen remaja di Indonesia menjadi perokok aktif. Para remaja tersebut sudah tinggal dalam lingkungan dan keluarga perokok. Selain itu, ada 89 juta anak di Indonesia yang terpapar asap rokok dan terancam rusak kesehatannya. Dari jumlah tersebut ada 230 ribu anak yang di bawah usia 10 tahun sudah menjadi perokok aktif (Sumber : Komnas Perlindungan Anak). Dengan melihat realitas tersebut diharapkan dapat memberikan pendidikan dan aspek penyadaran masyarakat melalui strategi komunikasi masyarakat dalam berbagai lini selain aspek kebijakan atau aturan legal formal untuk membendung gencarnya iklan rokok yang kian tak kendali dan cenderung masif dalam berbagai bentuk dan balutan aksi sosial maupun sponsorship di bidang olahraga misalnya.

Perda Kawasan Tanpa Rokok, Jangan Hanya Jadi Macan Kertas[1]

Rachmad A. Pua Geno

Perda Nomor 5 Tahun 2008 dan Perwali Nomor 25 Tahun 2009 tentang Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan Kawasan Terbatas Merokok (KTM) yang dikeluarkan oleh Pemkot Surabaya terus mendapat sorotan. Meski telah

[1] Dimuat dalam Harian Surya Edisi November 2009 dengan judul yang sama.

setahun melewati tahap sosialisasi dan hampir sebulan dijalankan, pelaksanaannya maju mundur.

Beberapa pihak mengkritisi, ketidakoptimalan karena petugas satpol PP sebagai penegak aturan tidak tegas, Dinas Kesehatan kurang aktif dalam sosialisasi serta masyarakat masih belum banyak yang peduli tentang aturan ini.

Agar pelaksanaan lebih optimal, ada baiknya kita perlu menalaah tentang faktor sukses (critical success) jalannya perda KTR dan KTM tersebut. Hal ini penting diutarakan karena berbagai alasan diatas Setidaknya ada 4 critical success yang mempengaruhi berhasil tidaknya pelaksanaan perda tersebut.

Pertama ; kemauan politik (*political will*) dari pemimpin kota, dalam hal ini Walikota Surabaya. Keluarnya Perda ini merupakan tanda awal adanya political will dari Walikota. Dalam berbagai kesempatan, Bambang DH secara tegas memerintahkan aparat satpol PP menindak tegas para pelanggar perda. Namun ketegasan kepada satpol PP belumlah cukup, Walikota harus menjamin bahwa pelaksanaan perda ini harus dimulai terlebih dulu di semua instansi jajaran Pemkot. Sebagai bentuk suri tauladan bagi instansi dan masyarakat lainnya.

Kedua ; Sosialisasi yang efektif dan kreatif. Selama ini sosialisasi perda KTR dan KTM belum efektif karena masih dilakukan secara konvensional. Ada baiknya, Dinkes Surabaya sebagai leading sektor yang menangani sosialisasi

perda menyusun strategi jitu agar masyarakat mengetahui tujuan perda ini. Sebagaimana disadari bahwa esensi perda anti rokok adalah perubahan perilaku, yaitu membudayakan hidup sehat dan mencegah orang merokok. Dan tidak mudah merubah sebuah perilaku apalagi yang sudah menjadi kebiasaan masyarakat.

Sebenarnya, ada satu media sosialisasi yang belum disentuh, padahal media ini sangat potensial dalam memberikan pencerahan kepada masyarakat. Media sosialisasi tersebut adalah media luar ruangan (billboard). Justru media billboard, identik dengan promosi rokok, mereka gencar melakukan promosi rokok melalui media ini.

Ironisnya, tidak satupun kampanye anti rokok yang meng-counter di media iklan yang sama. Pelajaran berharga dapat kita ambil dari California, Amerika Serikat dan diberbagai kota dan negara lainnya. Mereka justru menggunakan media yang sama (media luar ruangan atau billboard) untuk melakukan kampanye anti rokok. Gambar dan modelnya sama namun pesan atau isinya yang berbeda. Dengan cara ini, menurut laporan Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC) serta Depkes California menyatakan bahwa papan iklan anti rokok seperti itu punya andil besar memangkas jumlah penderita kanker paru-paru di California hingga 14 persen.

Senada dengan hal diatas, merujuk pada hasil riset Pusat Studi Kesehatan FKM UI tahun 2008, menyatakan bahwa peringatan rokok di setiap bungkus rokok ternyata

tidak mampu mendorong perubahan perilaku merokok. Para perokok sudah tidak mempercayai pesan teks tersebut. Perokok justru memilih peringatan kesehatan yang berbentuk gambar dengan pesan yang menakutkan dan spesifik pada setiap aspeknya.

Hasil temuan diatas, mestinya bisa jadi entry point (pintu masuk) bagi Pemkot Surabaya, melalukan sosialiasi yang lebih masif tentang Perda KTR dan KTM. Sosialisasikan kampanye bahaya rokok melalui media luar ruangan (billboard). Pemkot harus mengambil beberapa ruang (space) yang tergolong prime place, dengan desain gambar dan tulisan yang menarik.

Peringatan teks dan gambar, diubah secara berkala untuk mempertahankan perhatian publik terhadap pesan tersebut, dengan harapan efektivitas pesan tetap terjaga. Pesan yang ditampilkan harus mampu melawan doktrinasi iklan rokok yang sering digambarkan sebagai lambang kejantanan, kesuksesan, kenikmatan, kebebasan, keberanian, kedewasaan dan lain-lain. Tanpa sosialisasi yang efektif dan kreatif, mustahil merubah perilaku masyarakat untuk menjauhi rokok.

Ketiga ; Ketegasan dalam penegakan aturan. Perda KTR & KTM telah mengatur tentang pemberian sanksi dan denda. Semua aturan itu harus ditegakkan, baik pelanggaran yang dilakukan para perokok maupun kepada penanggung instansi yang masuk dalam kawasan KTR & KTM. Berita mundurnya pelaksanaan persidangan di pengadilan tidak

boleh terulang. Bila kondisi ini berlanjut, akan muncul persepsi masyarakat bahwa perda ini tidak berjalan.

Keempat ; Tak kalah pentingnya adalah partisipasi masyarakat. Adapun bentuk peran serta masyarakat sudah dijelaskan dalam Perda tersebut. Ada baiknya, masyarakat perlu tahu bagaimana rahasia internal industri rokok untuk meracuni para perokok. Pada tahun 1998, Hubert Humphrey III, Jaksa Agung Negara Bagian Minnesota, Amerika Serikat, memerintahkan kepada tujuh raksasa rokok (antara lain Philip Morris dan BAT) membuka seluruh dokumen rahasia mereka kepada publik. Dokumen tentang memo internal, surat lobi kepada penguasa, juga daftar ilmuwan dan jurnalis bayaran, yang menjadi bukti nyata betapa gerak dan pertumbuhan industri rokok amat sarat dengan trik dan muslihat. Semuanya demi menyebarkan kecanduan pada kepulan asap rokok.

Salah satu bentuk peran kelompok masyarakat, ditunjukkan saat sekelompok aktivis pengendali rokok yang dimotori Universitas California San Fransisco, AS, menggelar Proyek Arsip Guilford. Tujuannya, memuat seluruh dokumen BAT yang tersimpan di sebuah gudang arsip di Guilford, Surrey, Inggris dalam situs online www.library.ucsf.edu/tobacco. Secara gamblang dokumen tersebut menuturkan rancangan besar industri rokok menaklukkan dunia. Dokumen ini juga membantu kita memahami perilaku para pelaku industri rokok di seluruh dunia. Cara mereka beriklan, strategi pemasaran, teknik

memupuk anak muda dan perempuan sebagai pasar. Gambaran ini juga cocok bila kita gunakan untuk menyoroti industri rokok lokal, tentu dengan berbagai variasi. (Mardiyah Chamim, 2007).

Akhirnya, kita berharap keberadaan perda anti rokok harus lebih masif dijalankan. Kita semua tidak berharap, Perda anti rokok hanya menjadi ’macan kertas’ tanpa ada bukti nyata di lapangan.

Kompleksitas Industrialisasi Rokok[1]

Oryz Setiawan

Sikap pemerintah yang 'sangat ramah' dalam meregulasi produk-produk rokok yang memiliki potensi nilai ekonomi, struktur sosial dan kekuatan sangat luar biasa dalam domain aktivitas negara serta dalam ranah kehidupan publik. Apalagi perkembangan industri rokok telah menancapkan sisi-sisi pemasaran melalui strategi dominasi pasar dengan gencar melakukan penetrasi pasar secara

[1] Dimuat dalam Harian Bhirawa Edisi 29 Mei 2011 dengan judul yang sama.

proaktif dan terus menerus. Kondisi tersebut dijadikan argumen bagi pemerintah (daerah) untuk menyelaraskan dengan berbagai perangkat hukun tentang masalah merokok seperti peraturan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan Kawasan Terbatas Merokok (KTM). Sejak dahulu merokok memang salah satu problematika yang sangat pelik dan sarat berbagai kepentingan. Jika ditarik secara substansi sektoral, kepentingan kesehatan akan berhadapan dengan kepentingan sektor ketenagakerjaan, kehidupan petani tembakau, industrialisasi rokok, aktivitas olahraga dalam bentuk sponsorship dan sisi-sisi keuangan negara. Dengan kata lain, terjadi tarik menarik kepentingan secara kelembagaan di jajaran pemerintahan yang secara implisit menyuguhkan pertarungan antara lembaga negara yakni Kementerian Kesehatan akan vis a vis dengan Kementerian Perindustrian, Kementerian Perdagangan, Kementerian Pertanian, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Keuangan dan Kementerian Negara Pemuda dan Olahraga.

Cukai rokok sebagai salah satu komoditas yang menyumbang pundi-pundi keuangan negara yang signifikan sehingga secara implisit terjadi ketergantungan pemerintah terhadap eksistensi produk tembakau atau rokok yang secara riil menguasai sistem perekonomian nasional serta sebagai lahan subur bagi upaya penyerapan tenaga kerja yang saat ini. Di sisi lain dapat mengurangi tingkat konsumsi rokok akibat kenaikan harga namun kebijakan tersebut tidak

signifikan dalam mengurangi tingkat konsumsi. Justru yang diuntungkan adalah para pelaku produsen dan distributor sebagai kekuatan pasar utama melalui penetrasi di berbagai sektor dari sponsorship kegiatan olahraga, promotor konser dan pertunjukan, sampai dominasi iklan di berbagai media. Kebijakan menaikan setoran melalui cukai merupakan domain pemerintah terkait tentang eksistensi rokok yang menjadi salah satu pelaku utama dalam menyokong sistem perekonomian nasional sehingga ketergantungan terhadap industri rokok semakin kuat dan mendorong ekspansi produk rokok dengan berbagai variasi bentuk dan dinamikanya.

Fenomena kenaikan cukai rokok adalah salah satu bentuk kelemahan posisi tawar pemerintah dikala makin terbatasnya anggaran negara sekaligus sebagai gejala pelemahan dominasi pemerintah di sektor kepentingan publik. Komoditas rokok merupakan sektor andalan yang memberi konstribusi signifikan terhadap pundi-pundi neraca keuangan negara. Ketersediaan anggaran yang memadai harus mengedepankan fungsi-fungsi yang mempunyai kekuatan yang bertumpu pada kondisi masyarakat termasuk status kesehatan secara umum. Meski negara memiliki anggaran yang berlimpah namun bila kondisi sosial masyarakat terjadi degradasi akibat melonjakan angka kemiskinan, angka kesakitan dan angka kematian akibat merokok akan menjadi beban ganda yang memerlukan pembiayaan yang besar termasuk biaya atas kesempatan

yang hilang (cost opportunity) berupa penurunan produktivitas kerja. Jumlah dana bagi hasil (DBH) cukai rokok bagi daerah di tahun 2011 dalam APBN yang mencapai 1,2 trilyun rupiah. Di satu sisi sangat mempengaruhi tingkat kebijakan pada pemerintah daerah yang memberikan konstribusi signifikan namun di balik keuntungan materi terdapat problem besar yang menjadi beban ganda dalam jangka panjang. Kian mendesaknya hidup sehat bagi publik sebagai bagian dari hak asasi manusia, kesehatan menjadi komponen utama dan aset berharga sebagai penggerak pembangunan.

Justifikasi Agama

Pada tahun 2010 lalu melalui Forum Ijtima' Ulama komisi Fatwa Se-Indonsia III yang memutuskan bahwa merokok hukumnya 'dilarang' antara haram dan makruh. Fatwa haram dikhususkan bagi anak-anak, remaja dan wanita hamil serta merokok yang dilakukan di tempat-tempat umum dan pengurus MUI. Dengan demikian konsekuensi hasil fatwa MUI tersebut maka pemerintah memiliki 'kewajiban moral' sebagai pemegang otoritas kebijakan untuk mengeksekusi dengan menyusun perangkat hukum termasuk terkait masalah sanksi. Apapun hasil yang telah disepakati oleh MUI sebagai wadah tertinggi dari lembaga yang memiliki otoritas wilayah hukum keagamaan terutama yang mengurusi masalah-masalah yang terkait

dengan kemaslahatan umat Islam dan masyarakat Indonesia pada umumnya adalah bersifat final dan mengikat secara kelembagaan keagamaan. Secara substansi, fatwa MUI terhadap masalah merokok memang masih terlihat gamang dan tidak secara tegas mengharamkan merokok sehingga dikawatirkan tidak akan terjadi perubahan perilaku merokok masyarakat secara signifikan dan tidak terlalu berpengaruh kuat dari berbagai pemangku kepentingan dalam sector industrialisasi rokok.

Jika kita cermati lebih dalam, keputusan MUI tersirat makna bahwa fatwa haram merokok khususnya bagi kelompok yang dianggap paling rentan dari aspek kesehatan yakni anak-anak, remaja dan wanita hamil tidak serta merta dianggap berpihak pada sisi-sisi kesehatan. Sebab berdasarkan hasil survei, kelompok dewasa masih merupakan kelompok yang paling banyak mengkonsumsi rokok meski, secara statistik jumlah anak-anak dan remaja yang menghisap rokok juga meningkat tajam. Dari sisi pembiayaan kesehatan, jumlah angka kesakitan akibat kebiasaan merokok memiliki porsi yang sangat besar sehingga menyebabkan tingginya beban anggaran pemerintah di sektor kesehatan untuk memulihkan dan menyembuhkan mereka melebihi konstribusi cukai rokok yang diterima oleh pemerintah. Selain itu jika dilihat dari pendekatan lain, merokok disinyalir merupakan salah satu pintu pertama masuk ke obat-obatan terlarang seperti sabu-sabu, ganja, ekstasi, pil koplo dan lain-lain sebab di dalam

komposisi rokok juga terdapat zat-zat adiktif yang secara perlahan bekerja mempengaruhi system syarat pusat dengan mekanisme menekan simpul-simpul sensitivitas syaraf-syaraf symptomatis dan motorik yang menimbulkan kecanduan.

Quo Vadis Regulasi Pengamanan Rokok bagi Kesehatan di Indonesia[1]

Rachmad A. Pua Geno

Menyoal tentang rokok selalu menimbulkan berbagai kontroversi, ekonomi via a vis kesehatan. Industri rokok identik dengan penghasil devisa yang menggiurkan, ditambah lagi mampu menyerap jutaan tenaga kerja. Namun disisi lain, rokok dihujat karena merupakan penyebab berbagai penyakit yang mematikan.

---

[1] Dimuat dalam Harian Jurnal Nasional Edisi Juli 2010 dengan judul yang sama.

Untuk menjembatani kontradiksi tersebut, pemerintah telah mengeluarkan peraturan pemerintah tentang pengamanan rokok bagi kesehatan. Ternyata, regulasi pengamanan rokok bagi kesehatan telah mengalami 3 kali perubahan dalam kurun waktu 3 kali periode kepresidenan (Habibie, Gus Dur dan Megawati). Tentu saja, perubahan yang relatif singkat tersebut menarik dicermati dan dikaji, bagaimana kuatnya 'pertarungan' kepentingan ekonomi dan kesehatan.

Era Habibie

PP Pengamanan Rokok Bagi Kesehatan (PP 81/99) diawali pada era presiden Habibie, menjelang berakhirnya masa pemerintahan Habibie, tepatnya 5 Oktober 1999. Namun demikian, proses perumusannya sudah dilakukan jauh sebelumnya. Di era Habibie, masalah kesehatan menjadi salah satu prioritas penting yang tercermin dikeluarkannya prasasti Indonesia Sehat 2010 pada tanggal 1 Maret 1999. Bisa dikatakan, munculnya PP 81/99 merupakan konsekwensi logis dari cita-cita Indonesia Sehat 2010.

Awalnya, substansi dari PP 81/99 komprehensif dengan mempertimbangkan aspek ekonomi dan kesehatan, karena memang tujuan diberlakukannya adalah melindungi kesehatan dari bahaya merokok; membudidayakan hidup sehat dikalangan masyarakat; menekan perokok pemula; serta melindungi perokok pasif.

Komprehensif karena mancakup banyak hal, antara lain; penetapan kadar tar dan nikotin pada setiap batang rokok yang tidak boleh melebihi 1,5 mg nikotin dan 20 mg tar; persyaratan promosi dan iklan rokok yang hanya dapat dilakukan di media cetak dan media luar ruangan; pengaturan tentang batas waktu berapa tahun penyesuaian persyaratan batas maksimal tar dan nikotin bagi produsen rokok kretek buatan mesin dan produsen rokok kretek buatan tangan.

Meski cukup komprehensif, belum sempat diberlakukan secara efektif, PP ini sudah ditentang habis-habisan oleh kalangan industriawan rokok. Bahkan mereka mengancam siap 'perang' dengan Depkes yang menjadi pengusul PP ini. Mereka menolak PP tersebut dengan alasan bahwa PP ini adalah hasil KKN dan menuding ada intervensi pihak asing mendalangi PP ini. Mereka juga menilai PP ini banyak ruginya daripada untungnya, yaitu akan terjadi PHK besar-besaran pada industri rokok serta akan menghancurkan petani tembakau, dan ujungnya mengurangi pendapatan negara.

Substansi PP yang mereka tolak antara lain; penerapan batas maksimal tar dan nikotin, bagi kalangan industri rokok kretek sudah terbiasa dengan kadar tarnik yang tinggi. Bahkan disebut bahwa kadar tarnik yang tinggi adalah ciri khas rokok kretek Indonesia yang tidak dimiliki bangsa lain yang patut di lindungi.

Mereka juga tidak setuju jika iklan rokok di media elektronik dilarang karena mengurangi daya promosi rokok ke masyarakat.

Era Gus Dur

Akhirnya, protes kalangan industriawan rokok disetujui, ditandai dengan keluarnya PP 38/2000 tentang Perubahan atas PP 81/99 pada tanggal 7 Juni 2000, diera presiden Gus Dur. Revisi yang termuat dalam PP 38/00 bahwa promosi dan iklan rokok dapat dilakukan di media elektronik dengan pengaturan masa tayang mulai pukul 21.30 – 05.00 waktu setempat. Selanjutnya, masa penyesuaian pengaturan tentang batas waktu penyesuaian persyaratan batas maksimal tar dan nikotin lebih diperpanjang, bagi produsen rokok kretek buatan mesin menjadi 7 tahun dan produsen rokok kretek buatan tangan 10 tahun.

Dalam PP 38/00 ini pula, disepakati untuk membentuk Lembaga Pengkajian Rokok yang bertugas untuk mengkaji berbagai permasalahan dan mengawasi pelaksanaan ketentuan PP tersebut.

Meski sudah ada perubahan atas PP 81/99 menjadi PP 38/00 yang terkesan lebih ‘mengalah’ kepada kaum industriawan, namun belum memuaskan bagi kalangan tersebut. Mereka masih mengganggap aturan dalam PP 38/00 masih banyak yang mengatur hal teknis industri rokok

kretek. Mereka terus berupaya melobi pihak yang dianggap dapat membatalkan PP ini, antara lain Departemen Perindustrian, Depnaker, DepTan, Depkeu bahkan DPR.

Era Megawati

Puncaknya di era Presiden Megawati, dengan dalih untuk lebih mengefektifkan pelaksanaan pengamanan rokok bagi kesehatan dipandang perlu adanya penyempurnaan peraturan mengenai pengamanan rokok bagi kesehatan dengan PP baru (dalam konsideran menimbang). Maka muncullah PP 19 tahun 2003 pada tanggal 10 Maret 2003. Ironisnya bukan malah menyempurnakan, dalam PP 19/03 tersebut beberapa aturan yang justru prinsip langsung dipangkas. Antara lain, penetapan kadar tar dan nikotin pada setiap batang rokok yang tidak boleh melebihi 1,5 mg nikotin dan 20 mg tar hilang dari peredaran. Dalam PP19/03 hanya disebut bahwa produsen rokok wajib memberikan informasi kandungan tar dan nikotin setiap batang rokok yang diproduksinya. Artinya, meski kandungan batas tar dan nikotin melebihi batas toleransi, tidaklah melanggar aturan.

Selanjutnya, sebagai konsekwensi dari perubahan tersebut, aturan tentang masa penyesuaian aturan tentang batas tar dan nikotin sampai dengan batas maksimal otomatis dihilangkan. Dengan demikian, industri rokok kretek bebas memproduksi rokok dengan kandungan tar dan nikotin tinggi tanpa harus khawatir harus memenuhi aturan batas maksimal tarnik. Selain itu, Lembaga Pengkajian Rokok

yang semula direncanakan dibentuk, akhirnya tidak jadi dibentuk. Sangat jelas bahwa presiden Megawati ingin bermain 'safe' alias membuat permasalahan ini menjadi 'menggantung' dengan tidak menyentuh ranah-ranah yang lebih bersifat teknis namun prinsip.

Mencermati pasang surut regulasi rokok, mulai dari era Habibie hingga Megawati sangat jelas terlihat bahwa regulasi pengamanan rokok bagi kesehatan di Indoensia terus mengalami degradasi. Artinya, pemerintah mengambil keputusan bahwa kepentingan ekonomi lebih menjadi prioritas daripada kepentingan kesehatan masyarakat. Pemerintah melihat penerimaan negara dari cukai sampai dengan akhir 2004 mencapai Rp 29,25 triliun, yang melebihi target APBN-P 2004 sebesar Rp 28,441 triliun jauh lebih penting daripada sekitar 57 ribu jiwa per tahun yang mati sia-sia akibat tembakau.

Era SBY

Bagaimana dengan era presiden SBY? PP Pengamanan rokok bagi kesehatan belum menunjukkan 'taringnya', Fakta yang ada ; berbagai kegiatan olahraga rakyat saat ini (Bola Voly dan Sepak bola), sponsor utamanya adalah rokok. Perdagangan rokok bebas dijual ke lapisan masyarakat, tanpa batasan umur. Hingga kini, pemerintah belum mau menandatangani ratifikasi Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tentang Pengawasan Tembakau (*Framework Convention Tobacco Control*/FCTC).

Banyak pihak berharap agar pemerintahan SBY merevisi PP pengamanan rokok bagi kesehatan agar kembali pada jalur aslinya. Artinya, harus ada upaya konkret dan terjadwal agar kepentingan aspek kesehatan masyarakat menjadi prioritas utama dalam merumuskan PP ini.

Beberapa yang diusulkan adalah; Pertama; harus ada program konkret dari kementerian pertanian untuk mendorong dilaksanakan diversifikasi tanaman tembakau ke tanaman lain. Kedua; Begitu pula bagi kementerian perindustrian ada program konkret tentang diversifikasi usaha industri rokok ke industri lain. Bila kedua hal tersebut hanya sekedar diucap/ditulis tanpa dirumuskan secara nyata dalam bentuk program terukur itu sama saja bohong besar. Ketiga; Kewajiban kepada setiap pemerintah daerah untuk mewujudkan kawasan bebas rokok harus lebih mengikat, dengan dikeluarkannya Instruksi Presiden. Saat ini, baru Prop. DKI Jakarta yang menerapkan kebijakan tentang pembatasan merokok. Keempat; Segera menandatangani dan meratifikasi Kerangka Konvensi Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) tentang Pengawasan Tembakau (*Framework Convention Tobacco Control*/FCTC) serta menjadikan hasil FCTC sebagai dasar merevisi PP tersebut.

Selain itu, selama menunggu proses diatas, segera digagas adanya dana reboisasi akibat rokok yang diambil dari cukai rokok sebagaimana dana reboisasi hutan. Dana reboisasi rokok tersebut khusus dialokasikan kepada bidang kesehatan. Logikanya rokok telah mengakibatkan kesehatan

penduduk terganggu karena itu cukai rokok perlu dialokasikan untuk menyelesaikan masalah kesehatan akibat rokok. Tentu saja ini adalah solusi ‘damai’ sembari menunggu program diversifikasi rokok ke produk yang lebih manfaat. Selain itu, untuk menambah alokasi kesehatan yang selama ini masih kurang. Apakah SBY mampu melakukannya ?

Tentang Penulis

Rachmad A. Pua Geno

Rachmad A Pua Geno lahir di Surabaya, 30 Maret 1976. Tercatat sebagai mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga pada tahun 1995 dan menyandang gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada tahun 2001.

Semasa mahasiswa banyak terlibat dalam gerakan mahasiswa. Dimulai sebagai Komandan Korps Suka Rela (KSR) Unit Unair tahun 1996-1997. Ketua Senat Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Unair periode 1997-1998. Pada masa tersebut, juga bergabung dalam Forum Komunikasi SEMA-BPM Unair yang bersama elemen mahasiswa lainnya terlibat aktif dalam pergerakan mahasiswa angkatan '98.

Aktif pula di gerakan mahasiswa kesehatan sebagai Sekretaris Jenderal Ikatan Senat Mahasiswa Kesehatan

Masyarakat Se-Indonesia (ISMKMI) periode 1998-2000. Salah satu pendiri dan presidium Kongres Mahasiswa Kesehatan Indonesia tahun 2000 (cikal bakal Jaringan Mahasiswa Kesehatan Indonesia/JMKI).

Setelah lepas dari dunia kemahasiswaan, aktif di berbagai organisasi, khususnya yang bergerak di gerakan kesehatan masyarakat (*public health movement*) yakni di Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI). Kini mengemban tugas sebagai Wakil Sekjen Pengurus Pusat Persakmi dan pengelola/kontributor website www.persakmi.or.id

Selain itu, aktif di dunia LSM (NGO). Diawali di Pusat Pengembangan Kesehatan Masyarakat "KESUMA" tahun 1998-2001. Kemudian bersama-sama beberapa aktivis kesmas mendirikan *Health Advocacy* (Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat) yang berlangsung hingga sekarang.

Menjalani aktivitas menulis artikel/opini sejak masa mahasiswa hingga sekarang, melalui berbagai media, baik media sosial dan media massa antara lain ; Jawa Pos, Metropolis Jawa Pos, Suara Pembaruan, Jurnal Nasional, Surya, Surabaya Post dan Radar Surabaya.

Penulis saat ini berkarya di RS Muhammadiyah Lamongan dan sedang menyelesaikan studi di program magister Administrasi dan Kebijakan Kesehatan di Fakultas

Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Tinggal di Surabaya bersama seorang istri dan 3 anak.

Untuk sarana korespondesi melalui

- Email/fb : puageno76@gmail.com
- Facebook : Rachmad PG (puageno76@gmail.com)
- Twitter : @rpgeno

Oryz Setiawan

Oryz Setiawan lahir di Tuban, 2 Juni 1976, anak pertama dari tiga bersaudara. Awal menamatkan sekolah di SDN Maibit 1 Rengel Tuban (1982-1988), SMP Negeri Bangilan Tuban (1988-1991), SMA Negeri 1 Tuban (1991-1994). Jenjang Perguruan Tinggi di Diploma III Radiologi FK Unair (1994-1997) dan S1 FKM Unair (1996-2002).

Penulis setelah tamat Diploma sempat bekerja di klinik swasta dan RSI Surabaya (1999-2006) sambil menamatkan jenjang S1. Juga bergerak dalam bidang jurnalistik di media kampus (Tabloid RESEARCH Lemlit Unair 1999-2002), Wartawan HARIAN SURYA dan aktif menulis di berbagai media lokal hingga nasional (Media Indonesia, Republika, Surabaya Post, Metropolis Jawa Pos, Jawa Pos Nasional, Suara Karya, Suara Pembaruan, Kompas Jatim, Surya, Radar Surabaya, Radar Bojonegoro, Bhirawa) dan Kontributor Buletin Kependudukan Jawa Timur hingga saat ini.

Tentang Penulis

Pada tahun 2006 diterima sebagai PNS Kab. Bojonegoro di Dinas Kesehatan Kab. Bojonegoro hingga Januari 2014. Mulai Pebruari 2014 hingga sekarang dialihtugaskan menjadi auditor di Inspektorat Kabupaten Bojonegoro. Penulis memiliki seorang isteri Setyati Rahayu, SE seorang pendidik dan seorang anak perempuan Aiya Setya Kirana 6 tahun.

Untuk keperluan korespodensi dapat melalui alamat email :

- oryz.setiawan2008@gmail.com
- oryz_setiawan@yahoo.com

Agung Dwi Laksono

Agung Dwi Laksono, adalah seorang peneliti di Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat. Peneliti yang sempat bekerja sebagai wartawan di Harian Jawa Pos ini pernah mengenyam pekerjaan di Puskesmas Pagerwojo-Kabupaten Tulungagung setidaknya sampai lima tahun sebelum akhirnya berada di tempat bekerja yang sekarang.

Agung yang berlatar belakang pendidikan S1 *public health* dan Master Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Analisis Kebijakan Kesehatan ini aktif di dunia maya, setidaknya aktif di jejaring sosial, beberapa milis kesehatan, maupun sebagai *blogger.* Ia bersama-sama dengan penggiat *public health* lainnya mengusung *genre public health versi 2.0*, yang oleh beberapa penggiat diyakini sebagai gerakan *public health* era baru, gerakan *public health* yang memanfaatkan kemutakhiran teknologi informasi sebagai sarana penyampaian informasi.

Saat ini aktif di Asosiasi Peneliti Kesehatan Indonesia (APKESI). Selain itu juga mengemban Bidang Penelitian dan

Pengembangan pada Perhimpunan Sarjana Kesehatan Masyarakat Indonesia (PERSAKMI.

Selain itu, aktif di dunia LSM (NGO). Bersama-sama dengan Rachmad PG (penulis lain di buku ini) dan bebapa teman lain mendirikan Pusat Pengembangan Kesehatan Masyarakat "KESUMA" tahun 1998-2001. Kemudian bersama-sama beberapa aktivis kesmas mendirikan *Health Advocacy* (Yayasan Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat) yang berlangsung hingga sekarang.

Dengan gaya bahasa populer, Agung berusaha menempatkan setiap tulisannya mampu untuk diterima kalangan muda, sasaran tembak paling produktif menurut dia. Beberapa buku telah ditulis dengan gaya populer, meski juga terselip beberapa buku serius sebagai buku publikasi hasil kajian dan atau penelitian yang digelutinya.

Beberapa buku yang sudah dipublikasikan sebagai berikut:

1. Positioning Dukun Bayi. 2014, Penerbit Kanisius
2. Pro-Kontra Diskursus Rokok dalam Media Sosial YouTube. 2014, Penerbit Kanisius
3. Simpang Jalan Pelayanan Kesehatan Ibu. 2013, Penerbit Kanisius
4. Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan Anak. 2013, Penerbit Kanisius

5. Jelajah Nusantara, Catatan Lapangan Seorang Peneliti Kesehatan. 2013, Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
6. Gado-Gado ala Sampang, Serial Diskusi Masalah Kesehatan. 2013, Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
7. Keamanan Darah di Indonesia; Potret Keamanan Transfusi Darah di Daerah Tertinggal, Perbatasan dan Kepulauan. 2013, Kerjasama Health Advocacy dan Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat,
8. Jebakan Kebijaksanaan, Serial Diskusi Masalah Kesehatan, 2012, Health Advocacy
9. Analisis Kebijakan Ketenagaan, Sebuah Formulasi Kebijakan Ketenagaan Dokter Umum. 2012, Kerjasama Health Advocacy dan Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat
10. Kekalahan Kaum Ibu??? Serial Diskusi Masalah Kesehatan. 2012, Health Advocacy
11. Akses Berobat, Serial Diskusi Masalah Kesehatan. 2012, Health Advocacy
12. Proyeksi dan Pola Akses Pelayanan Kesehatan Ibu 5 tahun Terakhir di Indonesia. 2011, Kerjasama Health Advocacy dan Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat
13. Konspirasi Provokator, Serial Diskusi Masalah Kesehatan. 2010, Health Advocacy

14. Standar Pelayanan Minimal Kesehatan, Sebuah Panduan Formulasi di Tingkat Kecamatan/ Puskesmas. 2010, Kerjasama Health Advocacy dan Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan & Pemberdayaan Masyarakat

Untuk sarana korespondensi bisa melalui:

- E mail : agung_dwilaksono@yahoo.co.id
- Facebook : Agung Dwi Laksono (agung_dwilaksono@yahoo.co.id)
- Twitter : @gung_dl
- Scribd : agungdl
- Blog : healthadvocacy1.blogspot.com